



**Teresa Maria Reis
Teixeira de Almeida**

**Contributos da Supervisão na Gestão do Stresse
dos Alunos em Ensino Clínico**



**Teresa Maria Reis
Teixeira de Almeida**

**Contributos da Supervisão na Gestão do Stresse
dos Alunos em Ensino Clínico**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob orientação científica da Professora Doutora Anabela de Sousa Pereira, Professora Auxiliar e Coordenadora da Comissão Científica do Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro e co-orientação científica da Professora Doutora Helena Pedrosa de Jesus, Professora Associada do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro

o júri

presidente .

vogais .

.

À minha Avó Rosa

Aos meus Pais, Ana e João Francisco.

Ao meu Marido, Tó-Cá

Um Aos meus filhos, Pedro e Francisco

agradecimentos

Ao longo desta caminhada, foram muitas as pessoas que me acompanharam e cujo contributo se revelou decisivo para uma chegada a bom porto, pelo que gostaria de expressar aqui o meu mais reconhecido agradecimento.

À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Pereira, e à minha co-orientadora, Professora Doutora Helena Pedrosa de Jesus, pela orientação científica, pelo apoio, pelo estímulo e confiança que desde sempre promoveram, mas também pela ajuda que, a nível pessoal, tão habilmente me proporcionaram.

Aos alunos que tão entusiasticamente colaboraram neste estudo, e sem os quais o mesmo não teria sido possível.

Aos docentes que comigo colaboraram, em particular às Professoras Nazaré Cerejo, Fátima Luzio e Cândida Portelinha, pelo apoio dado e pelas constantes palavras de estímulo.

Ao meu Chefe, Enfermeiro Luís Chaínça que desde o primeiro momento me incentivou e apoiou.

Aos meus amigos, Bartolomeu, Celeste, Estrela, Isabel, Ofélia e Rui que, de diversas formas, me ajudaram a percorrer este caminho.

À minha família, em particular à Tia São, aos meus pais, ao meu marido e aos meus filhos, pelo apoio incondicional e pelo estímulo constante, que desde sempre demonstraram e por, tão carinhosa e delicadamente, terem compreendido as minhas frequentes ausências e as minhas presenças ausentes.

A todos, o meu mais sincero obrigada

resumo

Este estudo localiza-se no domínio da supervisão em ensino clínico e tem como principal objectivo compreender como os alunos de enfermagem percebem o contributo do supervisor na gestão do stress por eles vivenciado em contexto de aprendizagem clínica.

Optámos por uma metodologia de cariz qualitativo e quantitativo, de natureza descritivo-correlacional, sendo o questionário o instrumento de recolha de dados utilizado. Foram inquiridos 159 alunos que frequentavam o 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir da existência de stress durante o ensino clínico que, a maioria dos alunos, percebe num nível médio.

Constatámos ainda que as alunas tendem a evidenciar níveis de stress mais elevados do que os seus colegas do género masculino, e que a família revelou ser um bom mediador de stress.

Verificámos também que, a maioria das situações percebidas como indutoras de stress se localiza no domínio das relações interpessoais, e que nas respostas ao stress predominam as manifestações do foro cognitivo.

Relativamente ao contributo do supervisor, a maioria dos alunos percebeu que o mesmo foi um apoio do tipo instrumental, seguido dos tipos perceptivo e emocional, sendo certo que este último surge ainda, por vezes, como complementar dos anteriores.

Os alunos referem ainda a importância do processo supervisivo nas suas componentes de acompanhamento e avaliação, como estratégia de ajuda na regulação dos efeitos do stress.

Dado o carácter ecológico de que se reveste o ensino clínico e a supervisão, e uma vez constatada a importância que assume a relação interpessoal no processo supervisivo, pensamos ter demonstrado, com este estudo, que se torna evidente a necessária formação específica dos profissionais para o desempenho de funções supervisivas que, por sua vez deverão ser claramente definidas como competências dos enfermeiros no âmbito da Carreira de Enfermagem.

abstract

This dissertation deals with supervision in clinical teaching and its main aim is to understand how nursing students understand the role of the supervisor in the management of their own stress within the context of clinical learning.

We have chosen a qualitative and quantitative methodology, of a descriptive correlative type and we have used the questionnaire to collect data. One hundred and fifty nine third year nursing students responded to the questionnaire

The results we achieved point to the fact that the presence of average stress is felt during the clinical teaching and that most students suffer from it.

We have also noted that female students tend to show higher levels of stress than their male counterparts and that family has proved to be a good mediator of stress.

Furthermore, we have observed that most stressful situations take place within interpersonal relationships and that the responses to stress have mainly got to do with cognitive processes.

As regards the role of the supervisor, most students perceived it as a kind of instrumental support followed by a perceptive and emotional one. The latter sometimes appears as a complement of the former ones.

In addition to this, the students refer the importance of the supervisory process, both at a tutorial and assessment level, as a helpful strategy in the regulation of stress effects.

Since both the clinical teaching and the supervision have an ecological nature, and since the interpersonal relationship during the supervisory process was regarded as highly important, with this dissertation we believe we have proved that to be a professional supervisor, one should have specific qualifications. Thus, these qualifications should be accurately defined as the nurse's skills within the Nursing Career.

ÍNDICE

Pág. nº

INTRODUÇÃO	7
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
CAPÍTULO I - FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	14
1 – RESENHA HISTÓRICA DA CRIAÇÃO DAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL	14
2 – EVOLUÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL.....	17
3 – ENSINO CLÍNICO EM ENFERMAGEM.....	28
4 – CONTORNOS DAS PROBLEMÁTICAS ACTUAIS DO ENSINO CLÍNICO EM ENFERMAGEM	32
CAPÍTULO II - SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM: CONCEITOS E ABRANGÊNCIA	36
1 – IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO NO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM.....	40
2 – MODELOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	42
3 – SUPERVISÃO E CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO PELA PRÁTICA REFLEXIVA.....	45
4 – REFLEXÃO, PRÁTICA E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAIS.....	49
5 – SUPERVISÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL: UMA PERSPECTIVA ECOLÓGICA	52
6 – A RELAÇÃO SUPERVISIVA.....	61
CAPÍTULO III – STRESSE: DIFERENTES PERSPECTIVAS DE ABORDAGEM	64
1 – O STRESSE COMO RESPOSTA DO ORGANISMO.....	65
2 – FACTORES INDUTORES DE STRESSE.....	69
2.1 – Características das Situações Indutoras de Stresse	73
3 – O STRESSE COMO MODELO TRANSACIONAL.....	75
4 – O APOIO SOCIAL ENQUANTO FACTOR MODERADOR DE STRESSE.....	78
4.1 – Tipos de Apoio Social.....	80
5 – O STRESSE NO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM.....	82
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO.....	93
CAPÍTULO I – METODOLOGIA GERAL	94
1 – TIPO DE ESTUDO	94

2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES	95
3 – ESTUDO PILOTO	97
3.1 – Amostra	97
3.2 – Procedimentos do Estudo Piloto	98
3.2.1 – Método da Reflexão Falada.....	98
3.3 – Análise de Dados.....	101
4 – POPULAÇÃO / AMOSTRA	102
5 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	103
5.1 – Análise da Consistência Interna da Escala de Stresse (SFSS)	106
6 – PROCEDIMENTOS.....	110
7 – ANÁLISE DE DADOS.....	110
7.1 – Análise Estatística.....	110
7.2 – Análise de Conteúdo.....	111
 CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	 114
1 – RESULTADOS DO ESTUDO PILOTO	114
1.1 – Caracterização Sócio-demográfica	114
1.2 – Stresse; Estado de Saúde e Sucesso Académico	115
1.3 – Nível de Stresse.....	115
1.4 – Situação Indutora de Stresse.....	117
1.5 – As Narrativas dos Alunos.....	118
2 – ESTUDO PRINCIPAL.....	123
2.1 – Caracterização Sócio-Demográfica	123
2.2 – Stresse; Estado de Saúde e Sucesso Académico	124
2.3 – Nível de Stresse e suas relações.....	126
2.4 – Situação Indutora de Stresse.....	140
2.5 – As Narrativas dos Alunos	144
3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	152
 CAPÍTULO III – CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES.....	 167
BIBLIOGRAFIA.....	173
ANEXOS.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
ANEXO 1 – Grelha do Método de Reflexão Falada	
ANEXO 2 – Instrumento de Recolha de Dados	
ANEXO 3 – Pedido de Autorização à Escola Superior de Enfermagem para Aplicação dos Questionários	
ANEXO 4 – Pedido de Autorização para Utilização da Escala	
ANEXO 5 – Resumo dos Intervenientes no Processo de Ajuda	
ANEXO 6 – Resultado da Análise de Conteúdo e das Observações / Comentários / Sugestões (Apresentado em CDROM)	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág. nº
Figura 1: Ambiente Ecológico da Supervisão Clínica em Enfermagem.	58
Figura 2: Modelo transacional de stresse.....	77

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág. nº
Quadro 1 - Categorias das subescalas	105
Quadro 2 - Categorias do total do nível de stresse (TSS)	105
Quadro 3 - Consistência interna da escala SFSS	107
Quadro 4 - Consistência interna da escala SFSS (cont).....	109
Quadro 5 - Resultados da SFSS	117
Quadro 6 - Natureza das situações indutoras de stresse	119
Quadro 7 – Respostas ao stresse	120
Quadro 8 – Contributos do supervisor	121
Quadro 9 - Outras estratégias / formas de ajuda possíveis	122
Quadro 10 - Distribuição dos alunos segundo as características sócio- demográficas	123
Quadro 11 - Distribuição dos alunos de acordo com as perturbações desencadeadas pelo trabalho e exposição ao stresse durante o ensino clínico.....	124
Quadro 12 - Distribuição dos alunos segundo a percepção do seu estado de saúde e do impacto negativo do stresse	125
Quadro 13 - Distribuição dos alunos segundo a percepção do seu sucesso académico	125
Quadro 14 - Distribuição dos alunos segundo os resultados obtidos na SFSS.....	126
Quadro 15 - Medidas descritivas referentes às subescalas da SFSS	130
Quadro 16 - Resultados da subescala sintomas de stresse da SFSS.....	131
Quadro 17 - Resultados da subescala actividades não saudáveis da SFSS	132
Quadro 18 - Resultados da subescala desempenho no trabalho da SFSS.....	132
Quadro 19 - Resultados da subescala atitudes no trabalho da SFSS	133
Quadro 20 - Resultados da subescala ambiente de trabalho da SFSS.....	134
Quadro 21 - Comparação do nível de stresse percebido pelos alunos em função do género.....	134
Quadro 22 - Correlação entre o nível de stresse e a idade	135

Quadro 23 - Comparação do nível de stresse em função das pessoas com quem residem durante os períodos de estágio.....	136
Quadro 24 - Comparação do nível de stresse em função da percepção do estado de saúde.....	137
Quadro 25 - Comparação do nível de stresse em função da percepção sucesso académico.....	138
Quadro 26 - Comparação do nível de stresse em função da percepção da exposição ao stresse	139
Quadro 27 - Comparação do nível de stresse em função da percepção do impacto negativo no bem-estar	140
Quadro 28 - Distribuição das situações indutoras de stresse por ensino clínico	141
Quadro 29 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse segundo a sequência de realização do ensino clínico.....	141
Quadro 30 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse pelo decurso do ensino clínico.....	142
Quadro 31 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse ao longo do turno	142
Quadro 32 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse de acordo com o supervisor do ensino clínico	143
Quadro 33 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse de acordo com o número alunos por grupo	143
Quadro 34 - Distribuição dos alunos de acordo com os intervenientes no processo de ajuda obtida na situação indutora de stresse	144
Quadro 35 - Natureza das situações indutoras de stresse.....	147
Quadro 36 - Respostas ao stresse	148
Quadro 37 - Tipo de apoio promovido pelo supervisor.....	149
Quadro 38 - Outras estratégias/formas de ajuda referidas	151

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág. nº

Gráfico 1 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala sintomas de stresse	127
Gráfico 2 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala actividades não saudáveis.....	127
Gráfico 3 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala desempenho no trabalho	128
Gráfico 4 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala atitudes no trabalho	128
Gráfico 5 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala ambiente de trabalho	129
Gráfico 6 - Representação dos alunos segundo os resultados da SFSS	129
Gráfico 7 - Representação dos valores médios obtidos nas subescalas da SFSS	130

INTRODUÇÃO

Sendo a enfermagem uma profissão eminentemente prática, o ensino em contexto real sempre mereceu atenção por parte dos seus responsáveis, ainda que com pressupostos e com concepções diferenciadas da sua estruturação e objectivos.

Outrora visto como um mero treino de habilidades motoras, o ensino clínico encontrava-se sob a responsabilidade dos hospitais que determinavam, de acordo com as suas conveniências e não com as necessidades formativas dos alunos, horários, locais e hierarquias sob as quais estes se encontravam.

Actualmente, o ensino clínico de enfermagem, realizado em contextos de trabalho, constitui um dos eixos, em torno do qual se estrutura a formação dos enfermeiros, reconhecendo-se assim o valor formativo da prática, sustentado na aprendizagem pela experiência, viabilizadora de um desenvolvimento integrado de competências.

Neste longo caminho foram determinantes as transformações sócio-culturais e políticas, bem como os conhecimentos produzidos pelas ciências sociais, concorrentes para a mudança de concepção do que é enfermagem e do próprio processo de aprendizagem.

De simples locais de treino, os estágios passaram para tempos e lugares privilegiados e únicos, em que se torna possível ao aluno a aprendizagem pela mobilização de saberes de natureza diversa, de modo a poder agir perante uma situação concreta, sempre única.

Esta visão construtivista do saber, do saber-fazer e do saber-ser, tem subjacente a teoria da aprendizagem pela prática, que Donald Schön defende, na qual se torna imprescindível a figura do supervisor, enquanto agente facilitador e agilizador do processo reflexivo (Alarcão, 1996a).

A supervisão, que normalmente associamos a autoridade, a chefia e a gestão tem, neste caso, significação diferente. Ela corresponde mais a um

processo em que um profissional mais experiente, orienta um outro profissional ou aluno no seu desenvolvimento humano e profissional (Alarcão & Tavares, 2003).

No domínio da enfermagem, o conceito de *Supervisão*, compreendido nesta perspectiva, é ainda muito recente, pelo que os estudos realizados são escassos, circunscrevendo-se o seu debate a círculos muito restritos, nomeadamente às escolas.

Mas a crescente exigência da sociedade contemporânea, relativamente à qualidade e segurança dos cuidados de saúde e o desenvolvimento de políticas de saúde fazem, cada vez mais, emergir a necessidade da figura do supervisor como garante e promotor de boas práticas, estando assim a supervisão, implícita ou explicitamente, mencionada nos diferentes modelos de Acreditação da Qualidade que muitas instituições de saúde, em Portugal, estão a começar a adoptar. Ainda que mencionada nestes modelos, a designação de *Supervisão Clínica* tem gerado alguma controvérsia, no domínio da saúde, mais pela adopção do termo *clínico* do que, propriamente, pelo processo supervisivo. Contudo, a consolidação da sua implementação emerge da discussão em torno da qualidade dos cuidados, da formação inicial e contínua e da promoção de processos de mudança e inovação (Abreu, 2001).

A Supervisão Clínica é, assim, entendida como um processo de aprendizagem e suporte que possibilita aos supervisandos adquirirem uma autonomia responsável, através do desenvolvimento integrado de competências, promovendo em simultâneo a qualidade e segurança dos cuidados (Abreu, 2002). Evidenciam-se assim, neste conceito, múltiplos focos de atenção, para além da importância da relação interpessoal que, neste processo, se constitui como fulcral.

O processo supervisivo, que se pretende que caracterize uma inter-relação comunicacional, um veículo na promoção das aprendizagens dos alunos e uma plataforma de suporte e apoio, parece, contudo, também poder constituir-se como um factor indutor de stresse.

O stresse, que tem sido um problema muito estudado na comunidade de enfermeiros, constatando-se a existência de múltiplos factores que, nesta profissão se apresentam como possíveis stressores, não tem contudo merecido atenção paralela no domínio da formação inicial de enfermagem.

Os estudos realizados no âmbito do ensino superior, nível onde actualmente se insere a formação em enfermagem, permitem concluir da existência de stresse nos alunos, levando mesmo alguns estudiosos a propor a inclusão, a nível curricular, de cursos e de estratégias que visem promover o bem-estar do aluno (Pereira, 1997a; 2006).

Dos momentos mais stressantes vividos pelos alunos de enfermagem, o ensino clínico parece assumir lugar de destaque, conforme relata Mendes (2002).

Também Oliveira (2000) verificou a existência de stresse percebido pelos alunos de enfermagem durante o ensino clínico relacionado com diversos factores, entre os quais se destaca, a interacção com o orientador e a avaliação, tendo já Valadas (1995) descrito estes momentos como contributivos para o aumento da ansiedade dos alunos.

No espectro extra-nacional, os estudos realizados por Oermann e Standfest (1997) revelaram igualmente o contributo diferenciado dos locais de prática para a percepção do stresse por parte dos alunos.

Admi (1997), no estudo que efectuou, encontrou também uma relação entre as expectativas que os alunos tinham sobre o futuro ensino clínico e o stresse que evidenciavam durante o mesmo.

Elliott (2002) refere-se também à importância do ambiente do local da prática clínica como um possível indutor de stresse.

O problema parece assim ultrapassar a barreira da nacionalidade e adquirir um cariz transversal na formação em enfermagem, nomeadamente no ensino clínico.

Um dos factores que parece concorrer, de forma significativa, para os níveis de stresse, é a interacção com o orientador, o que se torna inevitável, quando sabemos que, durante o ensino clínico, os alunos são supervisionados por um profissional experiente ou um professor da instituição de formação.

Alertados pela contradição que parece existir entre um dos objectivos da supervisão e os efeitos que por vezes induz e atendendo à experiência de supervisão de alunos de enfermagem em ensino clínico por nós vivenciada, e à qual sempre presidiu uma forte preocupação em minimizar, pela relação interpessoal, a ansiedade e stresse por vezes evidentes nos actos e discursos

dos alunos, entendemos válido o presente estudo, que se norteou pelo seguinte objectivo geral:

- Compreender como os alunos de enfermagem percebem o contributo do supervisor na gestão do stresse por eles vivenciado em contexto de aprendizagem clínica.

Com o intuito de melhor compreender e clarificar esta problemática, surgem em decorrência do objectivo geral do estudo, os seguintes objectivos específicos:

- Identificar o nível de stresse percebido pelos alunos, durante o ensino clínico;
- Determinar as principais situações percebidas pelos alunos como indutoras de stresse, durante o ensino clínico;
- Conhecer as principais manifestações de stresse nos alunos, durante o ensino clínico, bem como as respostas desencadeadas;
- Identificar alguns factores intrínsecos aos alunos, que influenciam a percepção de stresse, durante o ensino clínico.

Conscientes do importante papel da escola, durante a formação inicial em enfermagem, na socialização dos indivíduos e do seu carácter iniciático na construção da identidade profissional (Abreu, 2001), tendo em conta a correlação positiva entre as estratégias de *coping* e o rendimento escolar (Pereira, 1991), e estando de acordo com Mendes (2002), quando refere que a aprendizagem de estratégias mais adequadas para lidar com o stresse pode constituir-se como um duplo benefício, durante o percurso escolar, mas também mais tarde, durante o exercício profissional, parece-nos pertinente a realização de um estudo, neste domínio, que possa trazer alguns subsídios para supervisores e supervisandos, no sentido de melhor conhecerem o problema, para sobre ele intervir.

Surge, desta forma, o presente trabalho que, metodologicamente, se encontra organizado em duas partes.

Na primeira parte, procurámos enquadrar a problemática em estudo nos referenciais teóricos existentes, tendo-se assim abordado, no primeiro capítulo, o tema da formação em enfermagem e a sua evolução ao longo do tempo; no

segundo, reflectimos sobre a Supervisão e a Supervisão Clínica em Enfermagem e a sua importância no contexto do ensino clínico; e no terceiro capítulo debruçamo-nos sobre o stresse, a evolução do conceito, as suas repercussões no indivíduo e a sua relação com o ensino em contexto da prática.

Na segunda parte, que se divide em três capítulos, apresentamos o estudo empírico realizado, do qual emerge o nosso contributo pessoal. No primeiro capítulo referenciamos a metodologia adoptada para esta pesquisa, explicamos o estudo piloto realizado, clarificamos o tipo de estudo, apresentamos as questões de investigação e as hipóteses formuladas, definimos a amostra e explicitamos o instrumento de recolha de dados, bem como os métodos utilizados para a sua análise.

A apresentação e a discussão dos resultados obtidos no estudo realizado surgem no segundo capítulo. No terceiro, lavramos as suas conclusões, tecemos algumas recomendações que considerámos pertinentes e reflectimos sobre as limitações sentidas. Por fim, apresentamos a bibliografia consultada, a que se seguem os anexos que se nos afiguraram relevantes para o estudo.

Este trabalho traduz uma profunda reflexão sobre a nossa prática, que deste modo se vê assim questionada e sujeita a análise, com o intuito de instituir a mudança consciente e sustentada, na aceitação plena do que Zeichner, através de Sá-Chaves (2000), defende quando refere que *não é a prática que nos ensina, mas sim a reflexão que sobre ela se faz*.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A formação em enfermagem teve, ao longo da sua história, uma dupla influência inquestionável que marcou toda uma profissão, não só ao nível dos seus saberes, mas também dos próprios poderes.

De facto, foi em torno do saber e do poder médicos que a enfermagem foi paulatinamente construindo os conhecimentos que justificavam as suas acções e conquistando os seus poderes, dentro da hierarquia das instituições de saúde. Collière (1999, p. 84) refere mesmo que “São os médicos que vão dar o conteúdo profissional da prática dos cuidados”, ao ensinar às enfermeiras tudo o que delas se espera.

Também a própria prática de enfermagem se revelou capaz de influenciar a sua formação. Tomem-se como exemplos os factos de os primeiros cursos de enfermagem se destinarem exclusivamente aos funcionários do hospital, o método de organização do trabalho, nomeadamente o método de tarefa, determinante no aperfeiçoamento de algumas técnicas e as diferentes áreas da prática de enfermagem que, mais tarde, fazem emergir a necessidade da criação de cursos de especialização, ou até mesmo a consciencialização actual da importância do conhecimento prático, que os profissionais detêm, para a formação de novos enfermeiros, visível nas parcerias existentes entre escolas de enfermagem e instituições de saúde, relativamente à supervisão do ensino clínico de enfermagem.

1 - RESENHA HISTÓRICA DA CRIAÇÃO DAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL

O início da formação em enfermagem, ainda que de forma rudimentar, data da década de 80 do século XIX, com a fundação a 17 de Outubro de 1881 da primeira escola de enfermagem, designada de *Escola dos Enfermeiros de*

Coimbra, a que se seguiu a criação, em 1886 e 1887, dos primeiros cursos de enfermagem nos Hospitais de Lisboa e Porto, respectivamente (Graça & Henriques, 2000, reportando-se a Ferreira, 1986).

Nogueira (1990) refere-se à criação destes cursos, que surgiram por iniciativa dos próprios hospitais, como as primeiras tentativas de formação de enfermeiras, pois em 1889, perante os fracos resultados obtidos, em muito devido ao analfabetismo dos alunos e à condição de trabalhadores estudantes, uma vez que mantinham o seu trabalho no hospital, o curso destinado aos empregados do Hospital de S. José foi suprimido.

Apesar desta descontinuidade na formação em enfermagem e de alguma confusão ou discrepância, face aos poucos relatos existentes, parece ser consensual atribuir-se a criação da primeira Escola Profissional de Enfermeiros em 1901, através do Decreto, publicado no Diário do Governo, Nº 204 de 10 de Setembro, sob a direcção e expensas do *Hospital Real de S. José*, como qualquer outro serviço, sob proposta de Curry Cabral (Soares, 1997).

O curso leccionado à data tinha a duração de um ano, podendo ser prolongado por mais um, para os que queriam obter o Curso Completo de Enfermeiros. De acordo com Nogueira (1990) este, não se destinava exclusivamente aos empregados do hospital, contudo a adesão de pessoas externas foi muito reduzida.

A partir da criação desta escola outras se lhe seguiram, como a *Escola de Enfermagem de S.^{to} António*, no Porto, a *Escola de Enfermagem da Universidade* e a da *Rainha Santa Isabel*, ambas em Coimbra.

Pelo Decreto Nº 4563 de 9 de Junho de 1918, assiste-se à reorganização do *Hospital Real de S. José*, que já tinha adquirido a designação de *Hospitais Cívicos de Lisboa*, nela se incluindo também a escola de enfermagem que passou a designar-se *Escola Profissional de Enfermagem* (Soares, 1997).

Em 1930, através do decreto Nº 19060 de 29 de Novembro, esta escola viu novamente alterada a sua designação, adquirindo então o nome do seu primeiro professor, o cirurgião Dr. Artur Ravara, sendo simultaneamente transferida para o *Hospital de Santo António dos Capuchos*, onde funcionou até 1938, altura em que

foram inauguradas as suas novas instalações, se bem que dentro do espaço físico do hospital (Nogueira, 1990).

A escola dos *Hospitais da Universidade de Coimbra*, designação que adquiriu a antiga *Escola de Enfermagem de Coimbra* a 10 de Maio de 1919 através da publicação do Decreto-Lei nº 5736, funcionava dentro das instalações do hospital com o mesmo nome. Mais tarde, a 8 de Janeiro de 1931 passou a designar-se *Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*.

Os seus estatutos em tudo se assemelhavam aos da *Escola Profissional de Enfermagem*, mantendo-se uma subvalorização do ensino, quer teórico quer prático, sujeitando-se os alunos às exigências do hospital que tinha ainda a possibilidade de utilizar o seu trabalho com vista à substituição de enfermeiros que se encontravam ausentes.

Para além destas escolas, surgidas em consequência de decretos estatais, outras aparecem, por iniciativa de instituições religiosas, sempre muito associadas à assistência aos doentes, ao longo de toda a história. Destas, merece particular relevo, de acordo com Nogueira (1990), a *Escola de Enfermagem de S. Vicente Paulo*, fundada em 1937, pela Irmã Eugénia Tourinho, brasileira e diplomada pela *Escola de Enfermagem do Hospital Dês Peupliers*, em Paris. Detentora de uma perspectiva mais abrangente e humanista do que deveria constituir a formação de enfermeiros, esta Irmã desde sempre procurou introduzir novas disciplinas no curso, tais como Higiene Mental, Psicologia e Sociologia, que pela primeira vez, tinha uma duração de três anos.

O autor destaca ainda o aparecimento, em 1940, da *Escola de Enfermagem dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus*, sob a responsabilidade desta organização religiosa e a *Escola Técnica de Enfermeiros* sob proposta do Dr. Francisco Gentil, e em muito subsidiada pela Fundação Rockefeller, tendo esta última e a *Escola de Enfermagem de S. Vicente Paulo*, pela primeira vez, enfermeiros como directores.

Com o intuito de saldar a falta de enfermeiros que se fazia sentir em Portugal, foi criado, em 1947, o Curso de Auxiliares de Enfermagem, com a duração de um ano, que viria em 1952 a ser complementado com seis meses de estágio (Nogueira, 1990).

O espaço conquistado pelos Auxiliares de Enfermagem ao longo dos anos, no domínio da prestação de alguns cuidados e a exigência, a partir de 1965, de seis anos de escolaridade básica para a frequência deste curso, deu origem a um descontentamento crescente, face ao que lhes era exigido e às regalias e vencimento que auferiam.

Assim, em 1969, inicia-se um movimento reivindicativo que culminou com a criação de um Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem, com a duração de vinte meses em tempo integral, passando estes a atingir a categoria profissional de enfermeiros.

2 - EVOLUÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL

A evolução da enfermagem, à semelhança de outras profissões, tem na sua génese fenómenos que decorrem das mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas.

Dividida entre dois mundos, o saber científico e técnico e o saber relacional, desde tempos remotos que a enfermagem procura a especificidade que a caracteriza e que a torna única enquanto profissão.

Foi no encontro das práticas médicas e de enfermagem no mesmo espaço – o hospital – que se introduziu um novo período de desenvolvimento da enfermagem.

De facto, até cerca da terceira década do século XX, a formação de enfermagem continuava centrada nos hospitais, a quem cabia a responsabilidade de determinar os conteúdos a leccionar de acordo com aquilo que sentiam ser as necessidades do pessoal, determinadas pelos médicos responsáveis pela estruturação destes cursos, de tal modo que cada escola tinha o seu próprio programa de formação.

As escolas de enfermagem, anexas aos hospitais, tinham médicos como directores e como objectivos “ministrar a instrução doutrinária e os conhecimentos de prática, que as exigências da ciência actual reclamam; em que tenham de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem” (Soares, 1997, p. 35).

A história médica e a sua prática são assim indissociáveis da história e da prática de enfermagem, tal como refere Bento (1997) “Ensinadas pelos médicos nas escolas e pondo em prática as suas ordens nos locais de prestação de cuidados, as enfermeiras vão orientar o seu modelo de prática dos cuidados em conformidade com o desenvolvimento do modelo de prática dos médicos.” (p. 34).

De acordo com Soares (1997), não existia na maioria destas escolas um *curriculum*, nem nenhum documento organizado que explicitasse os objectivos, os conteúdos, ou as metodologias de ensino e a avaliação, estando esta informação, quando existia, dispersa por vários documentos tais como os programas e os regulamentos.

Os cursos tinham uma duração de um ano e tinham como finalidade a preparação do pessoal existente para a execução de tarefas de pendor não científico, mas que ultrapassavam os simples cuidados de higiene (Soares, 1997).

O hospital era, assim, o lugar de eleição para o ensino e a aprendizagem daquilo que na época se preconizava ser o papel da enfermeira como relata Collière (1999) “só a formação hospitalar constitui a formação que deve ser a base de todo o serviço social, seja sanitário, social ou de cuidados, porque a vida hospitalar ensina a *atitude* que a enfermeira *deve ter perante o médico*” (p. 108).

O poder e influência médicos estendem-se assim ao domínio do ensino da enfermagem, acompanhando o seu modelo da prática, onde a enfermagem exercia a sua profissão na dependência hierárquica do médico que, reconhecidamente, detinha e centralizava o poder.

Desta forma, e durante cerca de quarenta anos, os professores das escolas de enfermagem eram exclusivamente médicos que “ensinam e decidem o que deve ser ensinado” (Soares, 1997, p. 76).

Só a partir da década de quarenta, as enfermeiras começam a ter alguma intervenção no domínio da formação dos seus pares, inicialmente assumindo o papel de auxiliares de ensino e depois de 1947, o de monitoras.

O pouco investimento no ensino de enfermagem é também visível no número de professores existentes, recorde-se que até 1920 as escolas de enfermagem funcionavam apenas com um professor. Este número subiu para dois em 1920 na escola de Coimbra e três na escola de Lisboa em 1922, sendo

coadjuvados por auxiliares de ensino que mais não eram que os enfermeiros do hospital, escolhidos pelos médicos.

Outro dado interessante é que esta actividade docente, exercida em simultâneo com o trabalho no hospital, era apenas remunerada para os professores, pelo que os enfermeiros, seus auxiliares, auferiam somente o vencimento referente ao seu trabalho no hospital.

O foco de atenção da formação em enfermagem era, à época, a doença, em perfeita relação de dependência do médico, entendido como o único profissional habilitado para ensinar as enfermeiras (Bento, 1997). A sua filosofia assenta no treino e habilidades técnicas de modo a poder traduzir-se, na prática, no cumprimento das tarefas delegadas pelo médico.

Os conhecimentos veiculados no ensino são, como é lógico, os da medicina e têm dois domínios principais: a doença e a técnica (Collière, 1999).

No âmbito da doença encontra-se o ensino de conhecimentos relacionados com ciências como: Anatomia, Fisiologia, Bioquímica, Farmacologia, Patologia e Microbiologia (Bento, 1997, reportando-se a Pearson e Vaughant, 1986).

A valorização progressiva da técnica, referida pela mesma autora, reportando-se a Meyer (1995), teve duas fases distintas: num primeiro tempo ensinavam-se procedimentos sem aludir aos seus princípios científicos nem tão pouco às suas razões, tendo como consequência o desenvolvimento das técnicas de enfermagem e a sua rigidez de execução; num segundo tempo, fundamentavam-se as técnicas com base nos conhecimentos provenientes das ciências naturais e sociais.

Como consequência do desenvolvimento científico e tecnológico na área da medicina, com o alargamento de conhecimentos e maior disponibilidade tecnológicas, quer para diagnosticar, quer para tratar, várias foram as funções delegadas pelos médicos na enfermagem. Aiken (1983), referido por Abreu (2001), dá como exemplo a “administração de terapêutica, a execução de procedimentos diagnósticos, a inserção de sondas e a administração intravenosa de fluidos”. O sistema de prestação de cuidados fundamentava-se na especialização da tarefa e o conhecimento em enfermagem era “compreendido como a capacidade

de desempenhar tarefas e procedimentos, sendo estes entendidos como a arte em enfermagem” (Franco, 1999, p. 53).

As técnicas em enfermagem, conforme refere o autor citado, constituem-se, desta forma, como as primeiras revelações do saber em enfermagem, organizado e sistematizado.

Apesar de sustentar uma visão fragmentária do trabalho e do homem, este modelo trouxe, contudo, algumas mais-valias para a enfermagem, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de conhecimentos no domínio da técnica de procedimentos e, em consequência, a especialização dos profissionais.

Esta concepção biomédica, em enfermagem, valoriza o desempenho profissional relacionado com os aspectos técnicos e médicos e desvaloriza as actividades relacionadas com a interacção entre a pessoa que presta cuidados e a que é sujeito dos mesmos.

Ribeiro (1995), citada por Abreu (2001), refere-se à concepção biomédica como um modelo em que predomina a orientação instrumental e na qual se valoriza a dimensão técnica dos cuidados de enfermagem que surgem em função do acto médico e como cumprimento das prescrições médicas.

A taylorização e a sua influência na enfermagem é também, na opinião de Collière (1999), visível não só na organização científica do trabalho, como também na tecnicidade dos cuidados atribuindo, esta autora, aos métodos de organização do trabalho utilizados nas empresas, a possibilidade do aparecimento de “dados de classificação e de uniformização das técnicas de cuidados em torno de *“pontos-chave”: eficácia, segurança e conforto*” (p. 132).

Estes critérios introduzem, pela primeira vez, um novo conceito de avaliação. Se até aos anos 60 a avaliação da enfermagem se reportava à avaliação do sujeito enfermeira tendo como referência padrões morais, a partir daqui a avaliação incide sobre o objecto de trabalho da enfermagem: os cuidados que presta. É ainda a ênfase na tecnicidade dos cuidados de enfermagem e a sua valorização económica e social, que dará origem à especialização quer pela via da própria técnica, quer baseada numa faixa de idades, como é o caso da pediatria, quer ainda pela função de enquadramento, como é o caso das enfermeiras supervisoras, chefes e professores.

Como já referido anteriormente, a escassez de enfermeiros, deu então origem, em 1947, à criação de cursos de Auxiliares de Enfermagem, que tinham como objectivo a preparação de pessoal “para determinadas tarefas, de execução fácil e de pouca responsabilidade.” (Nogueira, 1990, p. 135).

É nesta perspectiva que se inicia a hierarquização vertical da profissão de enfermagem e se criam as escolas de especialização e escolas de quadros de enfermagem na década de 50, nomeadamente com a publicação do Decreto-Lei nº 38885 de 1952 que possibilita às escolas a abertura de cursos para Auxiliares de Enfermagem – os práticos, Enfermeiros – os técnicos, Psiquiatras e Parteiras – os especialistas, Chefia e Docentes – os gestores e especialistas.

A enfermagem em Portugal, tal como refere Rodrigues (1993), “à semelhança do que se verificou noutros países emergiu da necessidade de dar resposta à organização dos hospitais” (p. 66).

A formação da enfermagem era, assim, orientada para a preparação dos enfermeiros tendo em vista o desempenho de tarefas e procedimentos que se transformam em rotinas e não para o doente enquanto pessoa.

Este período da enfermagem é, para muitos autores, entre os quais Kérrouac (1994) citada por Bento (1997), enquadrado num paradigma designado de Categorização, correspondendo à fase profissional da enfermagem, sendo caracterizado pela orientação para a doença e por uma visão segmentada do homem, onde o todo é constituído pela soma das suas partes que poderão ser separadas, identificadas e como tal tratadas.

Os anos 40 e 50 revelaram-se decisivos para a organização do ensino de enfermagem em Portugal, pela intervenção do estado na sua organização, uniformização e controle.

A publicação do Decreto-Lei nº 32612 de 21 ou 31 de Dezembro de 1942 permite alargar o ensino de enfermagem a todo o país, e vem introduzir pela primeira vez algumas medidas que visavam melhorar a formação dos enfermeiros, nomeadamente a criação de um *curriculum* único, o aumento do curso para 3 anos, o estabelecimento de normas relativas aos lugares de estágios e a existência de um exame final (Soares, 1997). Franco (1999) acrescenta a tudo isto, a proibição do exercício de enfermagem sem diploma, a exigência de 4ª

classe como escolaridade mínima para a admissão ao curso e a criação das especialidades com a duração de 3 a 12 meses.

Contudo, e apesar da crescente contestação do trabalho por tarefa, da progressão das ciências humanas, e da corrente de revalorização da relação entre a pessoa que presta cuidados e a que é alvo dos mesmos, em muito devido aos trabalhos de Mayo e Maslow, no decurso dos anos 30-40, a formação em enfermagem mantém-se em dois domínios: a doença no domínio da teoria e a técnica no âmbito da prática, perpetuando-se, desta forma, uma formação que correspondia às necessidades médicas e não às dos doentes.

Em 1947, através do Decreto-Lei nº 36219, a organização dos programas dos cursos de enfermagem, únicos para todas as escolas, passa a ser da responsabilidade da Inspecção de Assistência Social, deixando as escolas e os hospitais de poder interferir (Soares, 1997).

Dos *curricula* dos cursos de enfermagem passaram a fazer parte, para além das já habituais disciplinas de Anatomia, Fisiologia e Higiene, “noções de química e física (...) ciências naturais, bacteriologia e parasitologia, alimentação e dietética, patologia geral e semiologia, noções de farmacologia e terapêutica, prática laboratorial e de análises clínicas, agentes físicos, noções de obstetrícia e puericultura, administração hospitalar, contabilidade, escrituração comercial e dactilografia, noções gerais de assistência e serviço social”, complementadas com as disciplinas de, Ética, Português e Francês (Soares, 1997, p. 68).

Pese embora estes progressos, conforme refere Nogueira (1990), continuava-se sem se definir em concreto os objectivos de enfermagem e sem se saber o que se pretendia dos alunos no âmbito das suas aprendizagens. O ensino continuava a ser direccionado para a patologia e para a técnica, não se valorizando a acção preventiva nem a promoção da saúde.

Em 1952, assiste-se a uma nova reforma do ensino em enfermagem, determinando-se então a autonomia técnica e administrativa da escolas de enfermagem estatais, que passam a ter uma direcção constituída pelo Director Clínico, um Enfermeiro e o Administrador do Hospital onde estavam anexadas, e das particulares, cuja direcção poderia ser constituída apenas por enfermeiros (Franco, 1999).

São também revistas as condições de ingresso no Curso Geral de Enfermagem e no de Auxiliares, passando então a ser exigida a idade mínima obrigatória de 18 anos, e a serem avaliadas as condições físicas e o comportamento moral, sendo ainda, para o primeiro curso, exigido o nível de escolaridade do 1º ciclo dos liceus, e para o segundo, a 4ª classe.

Para os monitores, foi então criado o Curso Complementar de Enfermagem, que visava uma melhor preparação para o ensino da enfermagem.

Também dos *curricula* passaram a constar aulas teóricas, práticas e estágios, cuja frequência era obrigatória, de acordo com Nogueira (1990).

Alargam-se ainda os conteúdos programáticos, passando a estar incluídas no curso disciplinas como Ciências Naturais, Física, Química, Psicologia, Técnica de Enfermagem, Higiene e Medicina Preventiva, Educação Sanitária, Noções de Vida Social e Organização de Assistência, sendo ainda valorizadas outras actividades, tais como os trabalhos escolares e as visitas de estudo.

O poder, exercido de forma autoritária, mantém-se centralizado no médico detentor do saber, enquanto que aos enfermeiros era reservado apenas o saber-fazer: “A regência das aulas teóricas pertence aos professores, com excepção das de técnica de enfermagem que serão ministradas pelas monitoras.” (Rodrigues, 1993, p. 83, citando Decreto-Lei nº 38885 Art. 27 p. 7 de 1952).

Durante todo este percurso, ao aluno está reservado o papel de objecto passivo, mero executante após o devido treino, mão-de-obra barata a que se recorria sempre que necessário, contrapondo-se à concepção do professor, detentor da verdade e do saber, inquestionável e quase perfeito (Rodrigues, 1993). A fragilidade desta reforma, que assentava mais em alterações de cariz administrativo do que pedagógico, fazia prever a necessidade de uma nova reforma que se veio a concretizar em 1965 e que Nogueira (1990) apelida como a maior reforma do Curso Geral de Enfermagem ocorrida em Portugal.

De facto, o Decreto-Lei nº 46448 de 20 de Julho de 1965 veio permitir que o ensino de enfermagem se desvinculasse do jugo das ciências médicas e abrisse caminho à sua crescente autonomia, acompanhando as correntes de pensamento internacionais veiculadas em 1962/63 pelo Conselho Internacional das Enfermeiras nos Princípios Fundamentais dos Cuidados de Enfermagem e, mais

tarde, em 1966, pela OMS (Organização Mundial de Saúde) com a publicação do 5º Relatório sobre os cuidados de enfermagem, onde se evidenciavam a necessária e imperiosa revalorização da relação entre enfermeiros e doentes, como forma de dar resposta às necessidades do doente que não encontravam solução na técnica (Collière, 1999).

Nesta perspectiva, os doentes deixam de ser considerados como objecto dos cuidados e passam a ser compreendidos como objecto de cuidados, pelo que “os cuidados não têm sentido senão em relação com a sua realidade, a maneira como vive - entre outras coisas – como vive a sua doença.” (Collière, 1999, p. 151).

Esta concepção de enfermagem começa a evidenciar-se em Portugal no domínio da sua formação, através da publicação do Decreto-Lei referido e das Directrizes para o Funcionamento do Curso de Enfermagem Geral conforme refere Rodrigues (1993) sendo considerados como objectivos do curso:

“ – Dar aos alunos a noção do valor da saúde, da forma como poderá ser mantida e da importância não só do tratamento das doenças, mas especialmente da sua prevenção e dos aspectos de reabilitação (...).

– Ensinar aos alunos como prestar cuidados de enfermagem a doentes agudos e crónicos em qualquer situação patológica física ou mental” (p. 86/87).

Para tal, constava nas directrizes a promoção da competência técnica, comunicacional e de orientação de grupos, dos alunos que, obrigatoriamente, tinham uma formação teórica leccionada nas escolas por professores médicos, para algumas disciplinas, cabendo contudo às monitoras, enfermeiras, o ensino da matéria teórica de enfermagem que, vêem assim aumentados os seus poderes e responsabilidades, não só pelo alargamento das matérias leccionadas, como também pela autonomia na decisão relativamente à metodologia de ensino e de avaliação.

Tuteladas pelo Ministério da Saúde e Assistência, as escolas de enfermagem, detentoras de autonomia técnica e administrativa, passam a ter na sua direcção enfermeiros e conquistam o seu espaço, enquanto lugar de aprendizagem, em detrimento do espaço hospitalar.

Os conteúdos programáticos sofrem também alterações, alargando-se o nível de conhecimentos, merecendo especial destaque a enfermagem de saúde pública e o ensino de enfermagem, que será reforçado em relação aos programas anteriores, assistindo-se a uma desvalorização do ensino da patologia.

Evidencia-se pela análise do preâmbulo do referido Decreto, que já não basta ensinar aos alunos o gesto certo ou a técnica correcta, mas sim dotá-los de conhecimentos diversos que os tornem profissionais capazes de desenvolver a sua actividade nas diferentes áreas de saúde: preventiva, curativa e de reabilitação (Rodrigues, 1993).

Ao longo deste documento, vários são os indícios que nos permitem acreditar estar perante uma concepção diferente do aluno, começando a emergir a noção de pessoa e de sujeito em formação.

De facto, o apelo ao desenvolvimento físico, intelectual, emocional, moral e social, como veículo de promoção de competências técnicas, evidencia a ideia da necessária participação do indivíduo na sua formação.

A valorização do sujeito em formação transparece na proibição das escolas cederem os alunos, sob qualquer pretexto, às instituições de saúde, na determinação da carga horária semanal que estes deverão cumprir, de modo a disporem de tempo para o estudo complementar, e no necessário acompanhamento pelos respectivos monitores.

Para Nogueira (1990) também aos alunos foi dada maior participação nas aulas com maior abertura da comunicação entre docentes e discentes, e os planos de exames foram elaborados tendo em conta uma maior valorização dos aspectos de enfermagem em detrimento dos conteúdos do foro médico.

Mas se este processo se iniciou na década de 60, foi na década seguinte que se veio a consolidar, mercê também das transformações políticas e sociais decorrentes da Revolução dos Cravos.

A formação inicial em enfermagem sofreu, então, uma reformulação ao nível do plano de estudos onde merece principal destaque o ensino da enfermagem por enfermeiros e onde se apela ao desenvolvimento da capacidade de análise e crítica do aluno, da sua actividade criativa e a necessidade de trabalhos individuais e em grupo, conforme refere Rodrigues (1993).

Ao saber, domínio do conhecimento científico, juntava-se então o saber-fazer, domínio da técnica, mas também o saber-ser relativo à relação com os outros quer eles sejam os seus pares, outros técnicos da equipa de saúde ou doentes.

No curso de enfermagem geral passam a ter lugar, no plano de estudos, disciplinas e/ou conceitos de Pedagogia, Gestão e Investigação, bem como as Ciências Humanas e Sociais, como a Psicologia, Sociologia e Antropologia. A disciplina de Enfermagem ganha também um novo alento pelo seu controle absoluto exercido por enfermeiros.

Verifica-se também uma viragem no próprio conceito de formação, pois como refere Rodrigues (1993), citando o Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 9 de Agosto de 1976, “O processamento da actividade pedagógica deverá ter sempre em conta uma pedagogia de aprendizagem em substituição da tradicional pedagogia de ensino. Esta pedagogia, centrada na actividade do aluno, exige uma responsabilização e empenhamento dos intervenientes no processo pedagógico” (p. 94).

À democratização da sociedade em geral, sucede-se a democratização da enfermagem que vê reconhecida a sua autonomia pelo controle absoluto do ensino, apesar de se perspectivar a mais-valia da interdisciplinaridade no domínio teórico, quer pelos outros profissionais, médicos, psicólogos e sociólogos, ou mesmo pela colaboração de enfermeiros da prática clínica.

É claro o apelo à imprescindível colaboração dos enfermeiros dos locais de estágio, como factor contributivo para uma aquisição de conhecimentos e experiências que, os locais da prática deverão proporcionar aos alunos (Rodrigues, 1993).

Reconhece-se o papel activo do aluno na sua formação, verdadeiro interveniente no processo ensino/aprendizagem, com direito à livre expressão, parceiro do professor na determinação de métodos de avaliação, que se quer contínua e formativa, e participante nos órgãos de gestão da escola.

Assiste-se à valorização da pessoa-aluno, pelo facto da sua formação contemplar o seu desenvolvimento emocional, cognitivo e sócio-motor ao nível do saber e não apenas do saber-fazer como até ao momento.

Em finais da década de 70, princípios de 80, é constituído um grupo de trabalho com o objectivo de estudar a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, que se viria a concretizar em 1988 com a publicação do Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro.

As escolas passaram a ter dupla tutela, exercida pelo Ministério da Saúde e da Educação, usufruindo de autonomia técnica, administrativa, pedagógica e, finalmente, científica, que lhes permitiu organizar e ministrar o Curso de Bacharelato em Enfermagem e, a partir de 1995, os Cursos de Estudos Superiores Especializados, passando, então, a existir dois níveis de formação.

A concepção do aluno assume também o afastamento, cada vez mais evidente, de uma visão fragmentária do Homem, afastamento este visível no Despacho de 24/09/87, do Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde, relativo ao plano de estudos do Curso de Bacharelato em Enfermagem, quando refere que “cada aluno é um ser único, portador de uma cultura particular e uma variedade de experiências que o ajudarão a participar na vida escolar e na profissão de enfermagem” (Rodrigues, 1993, p. 102).

O aluno é, assim, visto como sujeito activo e participante no seu processo de aprendizagem, defendendo-se a reflexão individual e de grupo como elementos essenciais de uma prática formativa.

Também no despacho citado se constata a responsabilização da escola pela participação activa na comunidade e pela formação de profissionais que, para além de aptos para intervir na sociedade, saibam igualmente ajustar-se às mudanças que se venham a verificar nos domínios social e profissional (Rodrigues, 1993).

Conforme refere ainda a autora, são, neste plano de estudos visíveis, implícita ou explicitamente, valores defendidos ainda hoje na prática de enfermagem como a dignidade do ser humano, a capacidade e possibilidade de intervenção e participação, a pessoa, enquanto ser único, a responsabilidade e a cooperação. E não se reconhece o valor da transdisciplinaridade para a prática de enfermagem, dos planos de estudos fazem parte as ciências básicas, médicas, sociais, de saúde pública e educação.

O reconhecimento da autonomia da enfermagem ao nível da sua formação era assim alcançado, sedimentando-se, mais tarde, pela ascensão da formação inicial para uma licenciatura através do Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro.

Neste domínio, assiste-se então à reformulação dos planos de estudos, cuja concepção passa a ser da exclusiva responsabilidade de cada escola, parecendo contudo ser transversal o apelo a uma pedagogia de cariz reflexivo, centrada no aluno visto, tal como anteriormente, como parte integrante e determinante do processo de ensino aprendizagem.

3 - ENSINO CLÍNICO EM ENFERMAGEM

Desde sempre que na formação em enfermagem esteve presente o ensino em contexto de trabalho. Contudo, os seus objectivos e pressupostos foram sendo reconsiderados de acordo com a própria evolução da enfermagem bem como com a evolução da concepção da formação.

A diferentes paradigmas, enquadramentos da formação em enfermagem, correspondem assim, diferentes concepções dos seus intervenientes e diferentes valorizações e objectivos do ensino clínico.

Não existia nos primeiros cursos de enfermagem qualquer preocupação relativa ao ensino clínico. Os alunos, dado serem simultaneamente funcionários dos hospitais, assistiam às aulas teóricas, desempenhando depois, no seu local de trabalho, as funções habituais. Os alunos externos deslocavam-se ao hospital, ocasionalmente, para assistirem à demonstração de alguma técnica ou procedimento.

Não se verificava nenhuma articulação entre a teoria e a prática, sendo esta vista como um mero treino de habilidades motoras, estando sob a responsabilidade dos hospitais que, determinavam o local, a hora e a subordinação hierárquica dos alunos a determinados funcionários do hospital, em função das suas conveniências e nunca em função das necessidades formativas dos alunos. Nos anos vinte, começa a constar nos regulamentos das escolas de enfermagem de Coimbra e Lisboa, menção ao ensino prático, mantendo-se contudo a mesma filosofia de actuação, acrescentando apenas a possibilidade

dada a alguns alunos externos de passarem a funcionários do hospital, mediante uma pequena remuneração.

Relata Soares (1997) que, nesta época, os estágios adquiriram carácter obrigatório na *Escola Profissional de Enfermagem*, com a duração de 12 horas diárias, das 8 às 20 horas. Contudo, esta situação não parecia ser do agrado, nem dos alunos, que se viam privados das suas outras ocupações, nem dos médicos e enfermeiros, que por vezes se recusavam a receber alunos nos seus serviços.

É na década de 40 que, mercê da importância atribuída ao ensino prático pelas escolas *Técnica de Enfermeiros* e de *São Vicente Paulo*, que esta situação começou a modificar-se.

A forma como estas escolas organizavam os estágios, a selecção dos seus locais, face às necessidades de aprendizagem dos alunos, a articulação entre teoria e prática do curso, sendo esta última supervisionada pelas enfermeiras que tinham sido responsáveis pelo ensino teórico de enfermagem, conferem aos estágios um carácter formativo, inexistente até ao momento.

Esta visão do ensino clínico encontrava, contudo, inúmeros obstáculos de natureza diversa, indo desde a falta de material necessário à prestação de cuidados, até à incompreensão e hostilidade do pessoal hospitalar que, desconhecendo este modelo de formação, não aceitava de bom grado a presença dos alunos e seus orientadores.

A reforma de 1947 trouxe algumas orientações, mais de índole administrativa que pedagógica. De facto, com este Decreto alargou-se às escolas oficiais a obrigatoriedade dos estágios, em todos os anos escolares, com a duração mínima de 12 horas semanais e sempre acompanhados por professores monitores. Apesar de estar consignado que a organização dos estágios era da responsabilidade da escola, esta organização dependia de consulta prévia às instituições hospitalares. Desta consulta resultaria a organização dos alunos em dois grupos e a decisão de qual o mês em que cada um gozaria as suas férias, num aproveitamento claro dos alunos, enquanto mão-de-obra barata, em substituição de enfermeiros (Rodrigues, 1993).

A mesma concepção do ensino clínico e inerente aproveitamento dos alunos se verifica em 1952, aquando da reforma do ensino de enfermagem, muito embora já se faça menção aos locais de estágio como devendo ser em enfermarias-escolas ou em serviços adequados.

A fraca importância dada ao ensino prático enquanto momento de formação era preocupante, mesmo porque o seu peso horário de 2/3 no curso era elevado, comparado com os benefícios que deles retiravam os alunos.

Os estágios constituíam-se assim como locais de treino onde a “aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas, sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos”, em consonância com o ensino teórico, onde o ensino da técnica era a nota dominante (Soares, 1997, p. 70). Mercê da evolução das ciências sociais, donde decorre uma concepção mais abrangente do homem, o foco de atenção da enfermagem altera-se, passando a integrar, não só a doença e a técnica, como também, a saúde e o indivíduo, emergindo desta forma, a necessidade da promoção da relação entre prestadores e sujeitos de cuidados.

Os anos 60, marcaram a viragem na concepção do ensino clínico que passou a ser mais valorizado, sujeito a orientação e avaliação pelos monitores que tinham leccionado a correspondente matéria teórica de enfermagem, e nele se pretendia estabelecer uma maior ligação entre a teoria e a prática podendo incluir “aulas de demonstração, conferências e discussão de planos de cuidados de enfermagem.”, sendo sempre precedidos da respectiva formação teórica a fim de os tornar mais eficazes (Rodrigues, 1993, p. 89).

A carga horária máxima para os estágios era, então, de 8 horas diárias, realizadas em serviços de saúde idóneos ou que se revestissem de interesse para a formação profissional dos alunos.

São também previstas, como necessárias, reuniões e entrevistas individuais, entre alunos e monitores, com o intuito, não só de os ajudar na sua formação, como também de lhes dar conta da avaliação do seu trabalho ao longo do tempo (Rodrigues, 1993).

A aceitação do valor formativo dos estágios sai reforçada, quando na reforma de 1976 se considera que é necessário preparar enfermeiros que sejam

capazes de avaliar a realidade existente e que sobre ela actuem em função da avaliação realizada, no sentido de a melhorar, pelo que se exige “que o aluno tenha oportunidade de, constantemente, desenvolver uma atitude de análise e crítica frente a situações concretas.” (Rodrigues, 1993, p. 95).

O ensino clínico reveste-se, assim, de importância capital, uma vez que se constitui como o momento ideal e inicial da criação de uma consciência meta-reflexiva que, quando interiorizada, lhe permitirá, enquanto profissional, agir como um verdadeiro agente de transformação e mudança da realidade existente.

O plano de estudos de 1987 corrobora esta visão do ensino em contexto de prática, acrescentando-lhe uma outra variável: a colaboração dos enfermeiros dos serviços na orientação e avaliação dos alunos em estágio.

Actualmente, a formação em enfermagem orienta-se em torno de dois eixos estruturantes: o ensino teórico e o ensino clínico, sendo este considerado como um momento privilegiado de aprendizagem e onde se pretende que o aluno desenvolva competências de acção em situações reais, mas também competências meta-reflexivas que lhes permita transformar a experiência em aprendizagem.

De simples locais de treino, os estágios passaram para tempos e lugares privilegiados e únicos em que se torna possível ao aluno a aprendizagem, pela mobilização de saberes, de natureza diversa, de modo a agir perante uma situação concreta, sempre única.

O ensino clínico ocupa obrigatoriamente, nos actuais planos de estudos dos cursos de licenciatura em enfermagem, pelo menos 50% da carga horária total do curso.

Pese embora algumas diferenças entre planos de estudos, uma vez que cada escola é responsável pela sua elaboração, o ensino clínico desenvolve-se, ao longo de todo o curso, em articulação com o ensino teórico e teórico-prático que o precede, em diferentes instituições de saúde, hospitais e centros de saúde, e noutras instituições, como lares de idosos, onde de alguma forma é possível aos alunos experienciarem e vivenciarem situações reais que atravessam todo o ciclo vital do homem. O que se encontra em perfeita sintonia com o objectivo do curso, descrito no Decreto-Lei nº 353/99, já anteriormente referido, no qual consta

“o curso de licenciatura em Enfermagem visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção.” (p. 6199).

A esta valorização e concepção de ensino em contexto de trabalho não estará certamente alheia a (re)descoberta do valor formativo da prática que Schön, através de Alarcão (1996a) justifica, quando explicita a sua epistemologia, nem tão pouco a valorização da aprendizagem pela experiência que Kolb descreve (Pedrosa de Jesus, 2004).

4 - CONTORNOS DAS PROBLEMÁTICAS ACTUAIS DO ENSINO CLÍNICO EM ENFERMAGEM

A integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico provoca alterações profundas a diferentes níveis que, individualmente ou no seu conjunto, têm repercussões no domínio do ensino teórico mas, sobretudo, no ensino clínico de enfermagem.

Desde logo a separação da Carreira Docente, entretanto integrada na Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, da Carreira de Enfermagem, provocou um vazio legal, sem solução até ao momento, que não deixa de constituir uma preocupação para ambas as partes.

De facto, se os docentes não pertencem à carreira de enfermagem, não exercem a sua actividade no domínio da prestação de cuidados e tão pouco pertencem à instituição onde decorre o ensino clínico, como se enquadra a responsabilização dos cuidados prestados ao utente pelos alunos? (Franco, 1999) Outro factor veiculado, por demais evidente, é a separação entre o ensino teórico e o prático, polarizados respectivamente na escola e nas instituições da prática, reduzindo a identificação entre professores e enfermeiros vistos por estes como teóricos e alheios ao mundo real, usufruindo agora de um estatuto superior.

Esta clivagem, que desuniu o que sempre deveria estar unido, levou a que os enfermeiros tendessem cada vez mais, a desresponsabilizarem-se pela

necessária e imperiosa colaboração na orientação dos alunos em ensino clínico. A actual carreira de enfermagem (Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro) é omissa nesta questão, explicitando as funções dos enfermeiros em relação à formação contínua e em serviço, mas deixando em aberto, e de forma pouco clara, a sua participação no ensino clínico dos alunos de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros, criada em 1998, aponta, contudo, como sendo uma competência dos enfermeiros de cuidados gerais a sua contribuição para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.

Também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro) determina a contribuição dos enfermeiros, no exercício da sua actividade, na área da docência, para além de veicular que a existência de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas superiores de enfermagem (ESE) facilita e maximiza a aprendizagem dos alunos (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

De natureza diversa, mas não menos inquietante, outros problemas surgiram com a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico.

De facto, esta integração teve como consequência a dispersão dos docentes, como refere Franco (1999), por várias actividades que vão desde a participação nos diferentes órgãos da Escola, à construção dos planos de estudo, retirando-os da exclusividade da docência das aulas teóricas e do acompanhamento dos alunos durante o ensino clínico.

Simultaneamente, é exigida aos docentes uma formação acrescida, nomeadamente mestrado e/ou doutoramento, uma vez integrados no ensino superior, que terão de adquirir mantendo, simultaneamente, o exercício das suas funções docentes.

Estes dois factores vão determinar, cada vez mais, a impossibilidade da presença física do docente junto dos alunos durante o ensino clínico, criando algum desconforto junto dos serviços que se debatem com a existência de alunos com necessidades formativas, o que “obriga” os enfermeiros, já por norma em número escasso, a saldar esta ausência. Por outro lado, os alunos, que se sentem desprotegidos e à mercê da “boa vontade” destes profissionais que, por vezes, desconhecendo os objectivos de aprendizagem, os condicionam e/ou

restringem. E, por fim, os próprios docentes que sentem estar a utilizar a sua influência pessoal junto dos serviços e dos enfermeiros (visando a sua colaboração na formação dos alunos) para a resolução de problemas de natureza institucional (Franco, 1999).

Este problema, estamos em crer, tende actualmente a ser minorado, pela existência cada vez maior de protocolos entre as escolas superiores de enfermagem e as instituições de saúde, nos quais se prevê a supervisão do ensino clínico de enfermagem numa atitude (co)reponsabilizadora e (co)participante de ambas as instituições na formação de enfermeiros.

De natureza política, governamental e não educativa, surgiu um outro problema.

Conhecidos os dados que dão conta que Portugal é, comparativamente com os restantes países da União Europeia, o país com menor ratio enfermeiro/cidadão, sucessivos governantes deliberaram no sentido de incrementar a formação de enfermeiros, aumentando para dois o número de cursos. Esta decisão deu origem, nas escolas, que não viram o seu corpo docente aumentado em igual proporção, a uma diminuição acentuada no ratio professor/aluno. Esta diminuição repercutiu-se a todos os níveis, mas sobretudo no ensino clínico, situação preocupante, não só por implicar a prestação de cuidados à pessoa, exigindo-se qualidade e segurança, mas também porque se vêem comprometidos os objectivos pedagógicos deste ensino, que envolve o planeamento, a execução e a avaliação de cuidados de enfermagem, etapas que, por sua vez, requerem discussão e reflexão entre alunos e docente, de modo a que a experiência faça sentido e se constitua como um verdadeiro momento formativo. Por outro lado, estará também em causa a própria concepção de formação que se preconiza, pois “para proporcionar aos alunos um ambiente facilitador da aprendizagem e da pedagogia centrada na pessoa é impossível atingir um ratio elevado de alunos por docente, problema com que nos confrontamos frequentemente nas Escolas Superiores de Enfermagem” (Gonçalves, 1995, p. 45, citado por Franco, 1999, p. 59).

CAPÍTULO II - SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM: CONCEITOS E ABRANGÊNCIA

O conceito de supervisão, no âmbito da formação de professores, surge pela primeira vez em Portugal pela mão e pela voz de Alarcão e Tavares na década de 80, como alternativa à então designada orientação da prática pedagógica.

Aliada, normalmente, a outros conceitos tais como superioridade, autoritarismo, imposição e dirigismo, a supervisão, neste caso, reporta-se a um “processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional.” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 16).

Deste conceito se infere o carácter dinâmico e continuado, ao longo de algum tempo, da supervisão, que emerge da utilização do termo processo na sua definição, a existência de um objectivo, neste caso o desenvolvimento humano e profissional e uma área de acção, como é o caso da formação de professores, em nada se assemelhando à adjectivação a que por vezes anda associada.

Da mesma opinião é Oliveira-Formosinho (2002) quando refere que “A supervisão reconceptualizada desenvolve-se e reconstrói-se, coloca-se em papel de apoio e não de inspecção, de escuta e não de definição prévia, de colaboração activa em metas acordadas através de contratualização, de envolvimento na acção educativa quotidiana (através de pesquisa cooperada), de experimentação reflectida através da acção que procura responder ao problema identificado.” (p. 12).

Vieira (1993) define supervisão como uma “actuação de monitorização sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e de experimentação.” (p. 28).

Considera a autora que a supervisão encerra duas dimensões fundamentais: a analítica, relativa aos processos operacionais e a interpessoal, referente à interacção entre os sujeitos envolvidos. Não sendo de forma alguma exclusivas,

estas dimensões, antes se interpenetram e se influenciam, detendo a componente relacional um papel regulador do e no processo supervisivo.

Da importância da dimensão relacional, nos dão conta muitos dos estudos realizados por investigadores da área da educação, focalizados essencialmente na definição do papel do supervisor na relação supervisiva.

A este respeito, e reportando-se a Wallace (1991), considera a autora que o papel do supervisor pode ser compreendido em diferentes perspectivas, tendo num extremo uma perspectiva prescritiva, onde se entende o supervisor como autoridade única, juiz e modelo de referência a seguir e, no outro, uma perspectiva colaborativa em que o supervisor é visto como um colega mais experiente e conhecedor, que ajuda o outro a desenvolver-se através da prática reflexiva, numa atitude de co-responsabilização pela aprendizagem do supervisando, de apoio efectivo ao mesmo, visando a sua autonomia.

No caminho de um ao outro extremo, podemos encontrar múltiplas definições intermédias, correspondendo a outras tantas visões da figura do supervisor, que se desenham em função da relação de comunicação entre os intervenientes no processo, conforme refere Sá-Chaves (2000).

Dos muitos modelos de supervisão, teoricamente descritos, todos valorizam a dimensão relacional. Destacam-se, contudo, o modelo psicopedagógico de Stones e o modelo clínico desenvolvido por M. Cogan, R. Goldhammer e R. Anderson, onde esta componente adquire carácter central e fundamental.

Emergem deste conceito as noções de auto e hetero regulação da aprendizagem, do papel facilitador e agilizador do supervisor e a reflexão e experimentação como veículos de aprendizagem.

No âmbito da saúde e da enfermagem em particular, os conceitos de supervisão, e sobretudo de supervisão clínica, são relativamente jovens e muitas vezes controversos, mercê, não só da conotação atrás referida, mas também da terminologia clínica utilizada que, não sendo de todo pacífica, continua a suscitar dúvidas e a alimentar polémicas. Neste sentido, Abreu (2003) procura esclarecer o que do termo se entende, quando circunscrito à área da saúde, na compreensão que “desenvolvem actividades clínicas os profissionais de saúde que se “debruçam” (cuidam, tratam, curam) sobre os doentes, orientando,

ajudando ou mesmo substituindo-os no desenvolvimento das suas actividades de vida.” (p. 12).

Reportando-nos à Ordem dos Enfermeiros que, no seu Código Deontológico (2003, p. 19), considera a enfermagem como “a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, (...) de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional”, facilmente encontramos no objecto de atenção, a pessoa, um cruzamento de ideias sobre as concepções de clínico e de enfermagem.

Deste facto decorre a legitimação da utilização do termo clínico, no âmbito da enfermagem, tal como se verifica noutros países.

Foi na área da enfermagem psiquiátrica que surgiu, primariamente, o conceito de supervisão clínica, enfatizando a Associação de Enfermeiros de Psiquiatria Comunitária em 1985, na sua concepção, a dimensão relacional visando o desenvolvimento de competências terapêuticas (Abreu, 2003).

O seu alargamento e implementação vai contudo surgir, em primeiro lugar, nos Estados Unidos da América e Reino Unido, tendo na sua origem a racionalidade de custos que acompanhou o desenvolvimento de políticas de saúde e a crescente exigência da sociedade contemporânea relativamente à qualidade dos cuidados de saúde.

Conjugar estas duas necessidades, aparentemente opostas, é o desafio de qualquer modelo de gestão que encontra na supervisão uma ferramenta válida e capaz de dar resposta a esta dinâmica.

Apesar da Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) estar assim, na ordem do dia da agenda de políticos, gestores, instituições e profissionais, até muito recentemente, na opinião de Kitchen (1999), não existiu grande apoio ao seu desenvolvimento e aplicação, considerando que foi a declaração da UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting), em 1996, a instituir definitivamente este conceito na prática da enfermagem.

Esta Associação veiculava, então, que todos os profissionais deveriam ter acesso à supervisão nos diferentes contextos dos serviços de saúde que, por sua

vez, se deveriam responsabilizar pela sua preparação, implementação e avaliação.

Para Barber e Norman (1987), referidos por Abreu (2002) SCE é um processo interpessoal no qual um profissional experiente ajuda um profissional menos capacitado, ou um formando, a alcançar capacidades profissionais apropriadas para o seu desempenho, e ao mesmo tempo, lhe dá confiança e apoio. Em 1993, o Departamento de Saúde do Reino Unido, definia SCE como um “formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations”, (Kitchen, 1999, p. 313 & Abreu, 2003, p. 17).

Também Butterworth e Faugier (1992), de acordo com os mesmos autores, dão relevo à importância da qualidade das práticas e às componentes pessoal e colectiva do processo supervisão.

A tónica reside assim, tal como refere Abreu (2003), nas dimensões pessoal, colectiva e institucional, acrescentando, que terá sido Tait, que em 1994, ao entender a SCE como um mecanismo para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, enfatiza a sua importância na área da gestão e da formação.

Dos diversos estudos realizados sobre o tema resultaram vários conceitos de SCE, destacando cada um deles dimensões que, de alguma forma, traduzem a sua área de origem, ou as diferentes variáveis analisadas tais como, as relações interpessoais e organizacionais e os factores de motivação, (Todd & Freshwater, 1999).

Yvonne Moores, referida por Abreu (2003), corrobora esta ideia, entendendo que tantos conceitos “reflectem idêntica diversidade das áreas clínicas, da sua natureza à sua organização” (p. 17).

Tal profusão de significâncias poderá constituir um factor desolador para os investigadores que, pela primeira vez, entram em contacto com este tema, ideia partilhada pela UKCC (1996), que encontra nos diferentes contextos, diversas condicionantes susceptíveis de interferir nos quadros conceptuais de supervisão clínica. Desde a utilização de diferentes modelos teóricos de enfermagem, à experiência institucional, organização do trabalho e formação em serviço, até aos

percursos pessoais dos intervenientes, tudo pode constituir variáveis em estudo permitindo-se, assim, influir no resultado dos mesmos, Abreu (2002).

A este respeito referem Todd e Freshwater (1999) que a falta de clareza do significado do termo pode constituir um factor para o insucesso da sua implementação.

A esta multiplicidade de conceitos, acrescenta Kitchen (1999) a falta de evidências científicas sobre a validade da sua aplicação. Explica a autora, referindo-se a Ellis (1992), Hallberg e Norberg (1993), que talvez esta situação se deva aos condicionalismos das pesquisas pelo número de variáveis em jogo, pela dificuldade em isolar a SCE de todas as outras variáveis de contexto e pela complexidade em avaliar quais os benefícios resultantes exclusivamente desta prática. Apesar de embora as considerações realizadas, a verdade é que a SCE está, definitivamente, a adquirir consistência na sua implementação e dos diversos conceitos parece emergir uma tendência para a compreender como um instrumento de suporte da aprendizagem, da melhoria da qualidade dos cuidados, da gestão de sentimentos e consequentemente da satisfação dos actores intervenientes.

Nesta compreensão, a SCE extravasa a circunstancialidade do momento e das pessoas, incorporando também na sua concepção, a formação, inicial e contínua, as instituições, sua filosofia e organização e a investigação como fonte de produção de conhecimento, numa relação de influência recursiva com tradução social, no bem-estar dos cidadãos, e na promoção de uma profissão autónoma com quadros conceptuais próprios.

1 - IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO NO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

A supervisão na formação de profissionais de saúde não é, ao contrário do que se pensa, uma preocupação recente, conforme nos dá conta Abreu (2003) ao aludir ao início do século X, em que Al Rashid defendia o acompanhamento dos médicos em formação por profissionais mais experientes.

Como referido, na enfermagem, foi na área psiquiátrica que o tema começou a ser discutido desde 1943. Contudo, e pese embora o facto de ter conseguido definir um quadro conceptual de referência, este não teve tradução na área assistencial conforme refere Swain (1995), citado por Abreu (2002).

Foi Hildegarde Peplau que, segundo o mesmo autor, introduziu a supervisão em enfermagem quando, na reformulação das teorias sobre a epistemologia da e na formação, identificou o acompanhamento da prática clínica como um processo complexo e multidimensional. Outros autores se lhe seguiram teorizando sobre o assunto, focalizando a sua atenção nos objectivos da supervisão, como Betty Newman e Imogene King. Já Jean Watson se refere à SCE como um processo de onde resulta, ou pode resultar, o crescimento e maturação pessoal e afectiva dos profissionais.

Mas foi na década de 90 que a enfermagem tomou maior consciência desta realidade como uma necessidade que emergia, não do processo ensino/aprendizagem, mas da segurança dos doentes e da qualidade assistencial que a sociedade, no global, e a enfermagem, em particular, exigiam.

De facto, foram os casos de Bristol, Kent e Canterbury, no Reino Unido, que “despertaram” a enfermagem para esta problemática e promoveram uma reflexão mais profunda sobre esta dimensão da supervisão clínica. O alargamento da discussão deste tema a toda a sociedade surge após a publicação do “Relatório Allitt”, de onde ressalta a necessidade de maior acompanhamento do desenvolvimento pessoal e profissional ao nível da prática, englobando as dimensões segurança e qualidade pelo que as instituições teriam, igualmente, um papel primordial e insubstituível a desempenhar na promoção da sua implementação. No âmbito da formação em enfermagem, o termo supervisão começa também a dar os primeiros passos, colocando-se como alternativa ao termo orientação do ensino clínico.

A aprendizagem prática na área de enfermagem reveste-se de particular importância, mas também de particular cuidado.

A qualidade e segurança que se exigem na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa não se alteram com o facto do prestador ser aluno ou profissional, pelo que se torna imprescindível a presença de um profissional, em

princípio mais experiente, que assegure que a prática do aluno, enquanto pessoa em formação, detenha igual qualidade e segurança, de modo a que não intervenha negativamente no bem-estar da pessoa doente.

Por outro lado, a natureza incerta e imprevisível dos contextos de saúde e do fenómeno de doença, para onde concorrem inúmeras variáveis que vão desde as locais, às pessoais de todos os actores envolvidos no processo, conferem à prática de enfermagem um carácter complexo que não se compadece com uma aplicação apriorística de teorias, mas antes exige um agir profissional, fruto de uma mobilização de saberes que integrem as variadas dimensões em questão, mediante um processo de reflexão.

É este caminho do agir profissional, numa construção e reconstrução do saber e do ser pela prática reflexiva, que se espera e deseja que o aluno, em situação de aprendizagem clínica, seja capaz de percorrer no sentido de alcançar a sua autonomia, no qual se manifesta a importância da supervisão e da figura do supervisor, enquanto agente facilitador e promotor do processo de desenvolvimento do aluno nas dimensões pessoal e profissional.

O papel de dupla mediação que está reservado ao supervisor, entre o conhecimento e o formando, consubstancia-se na “criação de condições propiciadoras de uma envolvimento de aprendizagem cognitivamente estimulante e afectivamente gratificante”, mas também “na monitorização de processos de reflexão sistemáticos e continuados sobre a própria prática” (Sá-Chaves, 2000, p. 193). A supervisão assim entendida remete-nos para um quadro onde se enfatiza o desenvolvimento humano e profissional do aluno, enquanto dimensões indissociáveis, de influência recursiva, onde se destaca o processo reflexivo, individual e partilhado, como veículo primordial para a verificação desse desenvolvimento, no qual se torna indispensável a presença do supervisor como garante da qualidade e segurança das práticas e das aprendizagens.

2 - MODELOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Tal como se verificou no domínio dos conceitos, também ao nível dos modelos de supervisão clínica não se constata um consenso universal, conforme

nos relatam Todd e Freshwater (1999), acrescentando ainda que os modelos existentes não foram testados empiricamente, pelo que falham na fundamentação teórica.

Na opinião de Kitchen (1999), a escolha do modelo de supervisão dependerá não só do tamanho do grupo, como também da história dos diferentes elementos que o constituem e da própria organização, uma vez que, os diferentes modelos requerem diferente disponibilização de tempo, factor que a organização deveria ter em conta quando elabora o seu orçamento anual.

Segundo Abreu (2003, p. 18), vários são os modelos conhecidos através da literatura anglo-saxónica, entre os quais os de “Proctor (1986), Page e Wosket (1994), Hawkins e Shohet (1989), Johns (1997, 1998), Butterworth e Fangier (1994) e os modelos reflexivos de Van Manen e Smith e Hatton” acrescentando ainda o modelo de Nicklin.

O modelo preconizado por Hawkins e Shohet, em 1989, e aludido por Kitchen (1999), é do tipo um para um, em que supervisor e supervisando se encontram na mesma área o que facilitaria, pela proximidade, a criação de laços de confiança. Contudo, o tempo que exige e os conflitos interpessoais podem constituir-se como obstáculos a este modelo. O recurso a um supervisor de outra área é uma forma de solucionar parte do problema, mas susceptível de dar origem a outro conflito, o de índole cultural.

Butterworth e Faugier (1992) descrevem um modelo menos ameaçador: a supervisão entre pares. Neste caso, os intervenientes poderão reflectir nas experiências de ambos mas, como se encontram no mesmo nível, o desenvolvimento profissional verificado é escasso.

Quando referem a supervisão de grupo mantêm a destriça quanto às áreas: supervisão dentro da mesma área e supervisão de grupo de pares de várias áreas. A diversidade de opiniões é considerada vantajosa e requer menos disponibilidade de tempo, dada a relação grupal. O facto de alguém dominar a relação e de existirem elementos tímidos que se constroem em participar é visto como uma das desvantagens deste modelo. A supervisão em rede pode também ser válida, desde que seja efectuada por um supervisor experiente (Kitchen, 1999).

Johns em 1993 e Northcott em 1996 apresentam um modelo que, na opinião de Todd e Freshwater (1999), incorpora a análise crítica do desempenho individual com a supervisão clínica como forma de desenvolver uma experiência profissional mais rica, enfatizando para tal a necessária relação de confiança e colaboração entre os visados.

O processo de negociação e a implicação e responsabilização do supervisando pelo seu próprio processo de aprendizagem ou trabalho torna esta relação o ponto fulcral deste modelo, cujo ónus reside na possibilidade de existência de conflitos entre supervisor e gestor, já que estaria em jogo o equilíbrio entre as necessidades da organização e do supervisando.

Butterworth (1997), de acordo com os autores referidos, propõe como medida de avaliação da eficácia da SCE, relativamente ao modelo de Proctor (1987), estruturado à volta de três áreas funcionais chave: formativa, restaurativa e normativa, a introdução de variáveis como o absentismo, o stress, o cansaço e a doença. Mas tal método facilmente poderia constituir uma fonte de conflitos entre a instituição e o supervisando, uma vez poder ser interpretado como uma estratégia de gestão que conduziria a situações de desilusão, desmotivação e sentimentos de falta de poder o que, ironicamente, é o oposto dos objectivos da supervisão.

Um modelo que incorpora as três áreas-chave de Proctor e que reconhece a natureza individual da relação supervisiva é, na opinião de Todd e Freshwater (1999), a prática reflexiva.

Abreu (2003) apresenta-nos um outro modelo, o de Nicklin (1997), segundo o qual a supervisão se desenvolve num ciclo de seis etapas, a conhecer: os Objectivos – com a apreciação das situações-problema; a Identificação do Problema – clarificação das áreas dos problemas identificados; a Contextualização – definição dos objectivos de intervenção para a instituição, utentes e pessoal; o Planeamento – com a preparação e programação das intervenções a realizar; a Implementação – das acções realizadas; e a Avaliação – dos resultados e do próprio processo.

O mesmo autor refere-se ainda a modelos que, a nível operativo, traduzem parcerias institucionais designados por *mentorship*, *perceptorship*, multitutor e

integrativos na assunção de fazer convergir para o processo supervisivo as mais-valias das diferentes instituições representadas pelos profissionais que, de acordo com o seu exercício profissional quotidiano, desenvolvem competências específicas.

Esta relação interinstitucional e como tal intercontextual tem como vantagens a aproximação de concepções, a definição abrangente de objectivos e processos e a colaboração na constituição de saberes pela investigação, numa visão (co)responsabilizadora e (co)construtiva do desenvolvimento pessoal e profissional do futuro enfermeiro.

Apesar de existirem variadíssimos modelos de SCE há, contudo, aspectos transversais a todos eles: a qualidade da relação supervisiva, como centro do processo; os propósitos da supervisão: qualidade e segurança das práticas, desenvolvimento de competências e apoio e encorajamento dos actores intervenientes; a estrutura e procedimentos específicos que requerem a formação dos supervisores, a definição dos seus papéis, a articulação de diversas dimensões organizacionais e a formalização em documentos de referência, para além, como é óbvio, do empenho de todos os intervenientes (Brocklehurst, 1994, referido por Abreu, 2002).

3 - SUPERVISÃO E CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO PELA PRÁTICA REFLEXIVA

Considerada por uns como modelo de supervisão e por outros como estratégia de supervisão, o certo é que a prática reflexiva está definitivamente na moda e começa, segundo Kitchen (1999), a ter algum impacto na formação contínua da enfermagem.

Estes dois conceitos caminham a par e apresentam desde logo paralelismos quanto aos seus objectivos. O desenvolvimento de competências pela mobilização de saberes permite a acção em contexto.

O descontínuo entre prática e teoria é assim anulado pela prática reflexiva como refere a autora, corroborada por Benner (1924) e Andrew (1996) que,

reportando-se a Boyd, Keogh e Walker (1985), entendem a reflexão como uma importante actividade humana através da qual os indivíduos recapturam as suas experiências, as interiorizam e as avaliam.

Para que tal se verifique torna-se necessária a partilha da reflexão realizada com alguém em quem se deposite confiança, que apoie, oriente e ajude a superar eventuais problemas, ideia também partilhada por Johns (1998) citado por Johns (2000), quando refere “For many reasons, reflection may need to be guided by another person” (p. 34). A Supervisão e a prática reflexiva são pois indissociáveis no desenvolvimento pessoal e profissional dos indivíduos.

A prática reflexiva em enfermagem, compreendida como um processo multidimensional, que procura problematizar uma vasta gama de situações profissionais encontradas pelo supervisando, possibilita, deste modo, a continuação da aprendizagem, o desenvolvimento e o crescimento cognitivo e emocional na e pela prática (Todd & Freshwater, 1999).

A reflexão é assim vista como um processo de desenvolvimento através do qual o indivíduo explora, com um olhar crítico, aspectos da sua prática quotidiana, numa atitude auto-avaliativa, conforme refere Johns (1995) citado pelos autores.

À ideia de que a prática reflexiva só seria pertinente para situações complexas, veiculada por Colleen e Saylor em 1990, contrapõem Todd e Freshwater (1999) que tais situações correspondem somente a uma ínfima parte do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, pelo que se negligenciariam assim inúmeras oportunidades de aprendizagem que decorrem do seu quotidiano.

Jarvis (1992), citado por Kitchen (1999), vai mais longe quando afirma que a prática reflexiva deverá permitir ao indivíduo crescer, aprender e ser capaz de responder às mudanças dos outros com quem lida, o que por si só se tornará reconfortante e recompensador.

O equilíbrio entre experiências positivas e negativas deve ser, assim, respeitado, sob o risco de perda da auto-estima do supervisando. Daí que, sobretudo para os mais novos, este processo deva ser acompanhado por um profissional mais experiente que não só o ajude mas que também o apoie, como nos diz Newell (1992), citado por Kitchen (1999).

A prática reflexiva tem assim como objectivos o apoio ao supervisando no desenvolvimento de competências com o intuito de manter a qualidade dos cuidados, conforme Todd e Freshwater (1999) nos dão conta.

De acordo com estes autores, o processo e a estrutura da prática reflexiva em enfermagem foram, significativamente, influenciados pela padronização que Carper (1978) elaborou, acerca do conhecimento em enfermagem, e que classificou em quatro tipos:

- Empírico – que se baseia na utilização prática de teorias pertinentes e em evidências;
- Pessoal – de filosofia holística, confere habilidades ao indivíduo para analisar e compreender os seus sentimentos;
- Ético – que envolve a utilização de capacidades e desenvolvimento de acções adequadas a cada situação;
- Estético – que envolve o conhecimento de si próprio no contexto da pratica.

Dentro deste quadro de referência, e na mobilização destes conhecimentos, o enfermeiro pode desenvolver uma prática profissional, pela compreensão do cuidado, centrada numa profunda consciência do humano.

A relação entre supervisão e prática reflexiva fica ainda mais clara quando Todd e Freshwater (1999) referindo-se a Johns (1993) e Kohner (1994) explicitam que, se a meta da supervisão é facilitar a prática reflexiva, esta por sua vez, oferece o método ideal de estruturar o processo supervisivo.

Transversal a estes conceitos está, sem dúvida, a missão da profissão de enfermagem: prestar cuidados de enfermagem, de qualidade crescente, centrados na unicidade do indivíduo.

À semelhança do que se verificou para a supervisão, também são diversos os modelos de reflexão existentes, não sendo mutuamente exclusivos e podendo até serem utilizados em conjunto, cabendo, na opinião de Todd e Freshwater (1999), aos profissionais decidirem os aspectos que pretendem desenvolver e como tal os modelos que mais se adequam a essas necessidades.

Johns (1992) e Carper (1978) defendem modelos estruturados que direccionam as questões formuladas para o modo como o supervisando deve explorar as suas experiências. A crítica a este modelo reside no seu poder

restritivo, sobretudo para profissionais mais experientes, e limitativo da real reflexão, ao resumir as experiências a uma série de perguntas e respostas. Mezirow (1981) e Goodman (1984) falam de modelos hierarquizados, identificando três níveis de reflexão, desde profissionais sem experiência, até profissionais altamente qualificados. Os modelos interactivos ou cíclicos, preconizados por Gibbs (1988) e por Kolb (1984), são especialmente válidos para profissionais menos experientes, permitindo-lhes identificar o seu lugar dentro do processo reflexivo (Kitchen, 1999).

A aprendizagem experiencial, defendida por Kolb (1984), poderá ser representada num ciclo de quatro etapas: experiência concreta; observação reflexiva; conceptualização e generalização e experimentação activa, e definida “como um processo transformador da experiência no decorrer do qual se dá a construção de um saber” (Alarcão, 2001, p. 56).

A partir de uma experiência concreta, o profissional desenvolve capacidades de observação, reflecte, formula ou reformula conceitos e generalizações e, por fim, testa estes conceitos em situações novas, o que confere à aprendizagem um carácter cíclico e transformador.

A experiência não se restringe ao experimentado e/ou vivido, mas implica uma actividade intelectual, processo onde se verificam duas operações mentais a “preensão da experiência e a sua transformação.” (Alarcão, 2001, p. 56).

Relativamente à primeira, considera a autora que ocorrem ainda dois fenómenos, a apreensão e a compreensão da experiência. Na vertente da transformação, sugerida pela dialéctica existente entre activa e reflexiva, considera-se a existência de fenómenos de interiorização psíquica e de exteriorização social. Nesta perspectiva, a aprendizagem pela experiência não se limita apenas ao desenvolvimento de saberes, e/ou saber-fazer, mas implica uma actividade intelectual que viabilize a confrontação com a experiência, a interiorize, lhe atribua um significado e, desta forma, proporcione ao indivíduo o seu reinvestimento futuro (Abreu, 2001).

Também Wheatley (1999), referindo-se a Board *et al* (1987), considera que a reflexão “involves the ability to analyse actions and to use this experience to deal with similar situations in the future.” (p. 29).

A implicação do indivíduo, em todas as suas dimensões, cognitiva, afectiva e comportamental, é assim exigida para que as transformações ocorridas se traduzam em mudanças consequentes, ao nível dos saberes, comportamentos, habilidades e auto-conceito, de acordo com o mesmo autor.

No mesmo sentido, Finger (1989), citado por Alarcão (2001), refere que para a aprendizagem não convergem apenas a razão e a reflexão, mas também as vivências e as experiências de vida do sujeito, numa relação de “implicação do eu numa relação orgânica com a vida” (p. 57).

Comum a todos estes modelos de reflexão é a experiência como ponto de partida para a construção de novos conhecimentos, é o “learning by doing” de que nos fala Donald Schön através de Alarcão (1996a, p. 13).

4 - REFLEXÃO, PRÁTICA E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAIS

Partindo de uma concepção construtivista de saberes, que até ao momento temos vindo a desenvolver, e tendo a reflexão como veículo dessa construção, importa agora referir em que momentos essa reflexão ocorre e seus respectivos efeitos.

Kitchen (1999), referindo-se a Schön, entende existirem dois tipos de reflexão: na acção e sobre a acção. Mais uma vez subjacente a estes conceitos está a experiência prática.

Dada a natureza eminentemente prática do exercício profissional do enfermeiro, interessa assim reflectir um pouco sobre como os profissionais desta área constroem o seu próprio saber, pois, estudos levados a efeito por Henderson em 1998, revelaram que as aprendizagens pela experiência na formação de profissionais de saúde “proporcionam uma visão compreensiva e globalizante da formação na área da saúde”(Abreu, 2001, p. 125).

A complexidade de que se reveste o acto de cuidar, pela multidimensionalidade que em si encerra, obriga os profissionais a uma constante construção e desconstrução de saberes na procura sistemática do saber-fazer.

Como se aprende fazendo? É pois a questão que de seguida nos colocamos.

Segundo Alarcão (1996a), reportando-se a Schön, é a reflexão na acção que nos permite agir como profissionais competentes. Uma vez que as técnicas não se aplicam de forma atípica, torna-se necessário estabelecer um diálogo com a situação que possibilite a reformulação do que estamos a fazer enquanto o fazemos. É nesta interacção que ocorre a problematização da situação em que se colocam hipóteses de resolução de problemas, se testam essas hipóteses, se avança, se retrocede, se muda o trajecto da acção e se reformulam os resultados esperados.

Kitchen (1999) refere-se a esta reflexão como sendo o que possibilita ao enfermeiro dar uma resposta mais efectiva.

O segundo tipo de reflexão, sobre a acção, acontece após o evento ter ocorrido, quando o profissional pensa sobre o que realizou, o interioriza e o avalia. Esta análise resulta normalmente, de acordo com Alarcão (1996a), quando a acção se deu de forma inesperada, ou a percebemos de forma diferente, levando-nos à necessidade de a avaliar retrospectivamente, questionando-nos sobre como decorreu, o que foi bom, o que foi menos bom, o que sentimos, que significado teve e o que dela podemos retirar para acções futuras.

Da reflexão sobre a acção resulta uma construção ou reconstrução de saberes susceptíveis de utilização futura, o que vai ao encontro da forma como Kolb entende a aprendizagem pela experiência, já anteriormente por nós referida. A reflexão comporta assim uma função prospectiva em consequência da sua retrospectividade.

Atendendo à instabilidade permanente dos contextos de saúde e à imprevisibilidade que resulta do acto de alguém cuidar de alguém, facilmente compreendemos a necessidade urgente de formarmos profissionais competentes pela educação para a reflexão e de encontrar a ou as melhores formas de potenciar este processo reflexivo promotor e integrador de saberes.

Se ao enfermeiro é solicitado um agir profissional pautado pela contextualização multidimensional decorrente da complexidade da natureza do acto de cuidar, como ajudá-lo nesta construção de si?

Alarcão (1996b), considerando o pensamento reflexivo uma capacidade inerente ao ser humano, refere contudo que ele “não desabrocha

espontaneamente, mas pode desenvolver-se” se, na sua promoção, existirem “condições favoráveis ao seu desabrochar ” (p. 181).

Tendo a qualidade como filosofia e o desenvolvimento humano e profissional como meta, à SCE colocam-se diversos desafios de acordo com os seus objectos de atenção e de cuja leitura e intercepção resulta a qualidade da relação supervisiva.

A ser verdade que ninguém forma ninguém, mas que também ninguém se forma sozinho, de acordo com Sá-Chaves (2000), a relação supervisiva assume assim um papel de destaque.

Kitchen (1999) refere a supervisão como um elemento indissociável da reflexão, já que o seu ponto principal reside na aprendizagem através da experiência, sendo deste modo difícil, ou mesmo impossível, sem a presença de um supervisor que oriente e apoie o supervisando, corroborando assim a ideia de Johns (2000), citado anteriormente.

A este respeito, Abreu (2003) salienta a necessidade do recurso a instrumentos que permitam ao supervisando o desenvolvimento de competências, sobretudo ao nível da tomada de decisão, que lhe proporcione um entendimento positivo de si mesmo e segurança ao nível das suas atitudes e comportamentos.

Tal facto reveste-se de especial importância para os alunos e profissionais menos experientes não se devendo, contudo, excluir a supervisão ao longo da carreira.

Centralizando-nos nas fases do processo de aprendizagem em situação clínica descritos por Stuart em 2003, referido pelo autor anterior, e que a seguir se descrevem, facilmente compreendemos as similitudes existentes entre esta faseologia do processo de aprendizagem com o ciclo reflexivo de Gibbs de que nos dá conta Kitchen (1999) e com as concepções de Kolb e Schön sobre a aprendizagem centrada na prática:

- Fase Preparatória – focalizada no planeamento da acção e no supervisando;
- Fase Experiencial - que corresponde ao desenvolvimento da acção e requer um diálogo com a situação, de forma a se poder dar uma resposta adaptada, contextualizada e não standard. Todo este processo poderá

então beneficiar com o recurso a estratégias de formação como a partilha de experiências, exposição, demonstração, colocação de perguntas e desafios, experimentação e feedback;

- Fase de Processamento – centrado na reflexão sobre a experiência;
- Resultados e Acção – em que se estabelece a relação entre a acção desenvolvida e a aprendizagem resultante.

Uma análise um pouco mais profunda da fase experiencial permite-nos constatar o necessário, senão mesmo imprescindível, acompanhamento do supervisando por um profissional mais experiente, a que D. Schön chamou de “coach”, sem o qual a partilha, a demonstração, o questionamento e o feedback não seriam possíveis (Alarcão, 1996a, p. 13).

A autora, ao fazer a intersecção entre as funções do supervisor (problematizar a situação, escolher as estratégias formativas mais adequadas e tentar estabelecer uma relação facilitadora da aprendizagem) e as estratégias de formação de Donald Schön, faz emergir a pertinência inquestionável da figura do supervisor. A este compete, assim, ajudar, apoiar e colaborar com o supervisando, tendo como foco de atenção não só o seu desenvolvimento, mas também a segurança e qualidade da sua acção que, como vimos, é de vital importância para os doentes.

5 - SUPERVISÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL: UMA PERSPECTIVA ECOLÓGICA

Os diferentes modelos de supervisão clínica em enfermagem, encontrados na bibliografia consultada, evidenciam múltiplos focos de atenção. Contudo, ao abordarmos o desenvolvimento de processos supervisivos, não podemos descurar a “dimensão ecológica do acompanhamento dos sujeitos em formação.” pois, se num sentido restrito a SCE se reporta ao contexto clínico, numa visão mais abrangente, ela “incide sobre situações reais, sobre indivíduos em interacção e sobre dinâmicas de colaboração.” (Abreu, 2003, p. 19).

A tónica incide assim na dimensão pessoal, na relação interpessoal, mas também nos processos e nas situações que, sendo reais, se verificam em determinado contexto.

Esta perspectiva, enquadradora da pessoa, da situação e dos contextos, remete-nos para o conceito de SCE já anteriormente abordado, mas também, para os seus objectivos, o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisando e a qualidade das práticas, pelo que, tal como Cogan, Goldhammer e Anderson, citados pelo autor e por Alarcão e Tavares (2003), realçam que, mais importante do que importar teorias para a prática, será questionar e analisar a própria prática numa perspectiva de resolução de problemas.

A supervisão assim entendida “actua de dentro para fora pondo o acento (...) numa autêntica relação de colaboração entre colegas que (...) procuram a interacção do processo de ensino-aprendizagem como objecto de reflexão e questionamento crítico e fonte de hipótese de solução e mudança.” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 118/119).

Admite-se, assim, a hipótese da construção de saberes através da reflexão sobre a prática, e mesmo a instituição da mudança da prática à luz dos novos saberes adquiridos.

Schön (1983,1987) defende uma “epistemologia da prática” e refuta o modelo da racionalidade técnica, em que ao saber deverá corresponder o saber-fazer, alegando que “subjacente às práticas existe sempre um tipo de conhecimento e que é reflectindo sobre elas, que tal conhecimento, pode emergir, elucidando acerca das razões, motivações, objectivos, metodologias e constrangimentos que as configuram tal como, objectivamente, se apresentam.” (Sá-Chaves, 2000, p. 37).

De acordo com a autora, também Zeichner partilha das mesmas ideias, sustentando que não é a prática que ensina mas sim a reflexão que sobre ela se faz. A este respeito, Abreu (2001), reportando-se a E. Graham (1995), refere que para a enfermagem é fundamental uma aproximação das teorias à prática, ou mesmo reflectir sobre as práticas com vista à formulação de novas teorias.

A imprevisibilidade de que se reveste a prática profissional, em contextos de saúde, impossibilita uma aplicação directa da teoria, numa relação dicotómica

teoria/prática presente no paradigma positivista das ciências de rigor, pelo facto de os conhecimentos existentes, por vezes, se revelarem insuficientes ou incapazes de solucionar um elevado número de situações de índole técnica ou humana (Costa, 1997). A autora justifica o descrito remetendo-nos para as contradições que se verificam quando analisamos aquilo que a teoria de enfermagem sugere e aquilo que na prática se observa.

Também Abreu (2001) se refere a esta problemática, encontrando na sua origem duas ordens de razões: a primeira, prende-se com a ênfase dada aos aspectos psicológicos nas teorias de enfermagem em detrimento dos aspectos físicos, a segunda é relativa à forma como a prática é questionada, ao nível do seu ideal, pelo que a sua tradução nos contextos de trabalho é assim diminuta.

Retomando a ideia inicial de Schön, a prática profissional pode constituir-se como fonte de saberes, pelo questionamento dos já estabelecidos, fazendo emergir outros saberes que só à luz da mesma adquirem significado (Sá-Chaves, 2000).

Também Costa (1997) se refere à prática, compreendendo o conhecimento prático como “situacional e orientado para a acção, exigindo um processo de deliberação e interpretação” por parte do profissional, visando a tomada de decisão (p. 7).

O desenvolvimento pessoal e profissional, objectivo da SCE, encontra na reflexão, na e sobre a prática, uma ferramenta imprescindível pela interiorização de saberes e pela responsabilização do sujeito em formação.

Neste sentido, a aprendizagem pode verificar-se na e pela prática, pelo que importa desconstruir um pouco a ideia que sobre ela se tem, uma vez persistirem algumas indefinições sobre o conceito de prática e de acção.

Clarificando estes conceitos, Abreu (2001) explica a acção como parte visível que emerge da prática e esta como “um conjunto de situações das quais a acção é apenas uma delas”, nelas se incluindo a “acção repetida, mas também a acção regulada e a acção reflectida.” (p. 138)

Perspectiva-se assim um conceito de prática que extravasa o seu rosto visível e que inclui as interacções que ocorrem num determinado meio, enquadramentos da acção, pelo que lhe conferem significação.

Também a Ordem dos Enfermeiros (2003) encara a acção de cuidar com uma finalidade, responsabilizando e (co)responsabilizando o enfermeiro pelo desenvolvimento de interacções ao nível da situação que promovam a qualidade do cuidado prestado.

Infere-se, assim, a ideia de que na prática de enfermagem coexistem outras dimensões, nomeadamente a relacional e a ambiental, susceptíveis, por sua vez, de determinar, justificar, esclarecer e dar significado à acção.

Para a prática confluem as acções onde se cruzam os actores e as interacções que se estabelecem ao nível da situação e dos contextos.

Segundo Abreu (1997) o exercício da prática profissional reflecte não só o conhecimento pessoal, como também o resultado das interacções entre os sujeitos e o meio.

A prática não é desenvolvida num contexto estanque, hermético, pelo contrário, os contextos da prática são dinâmicos, incertos e encontram-se em constante transformação pelo que, ao nível da supervisão, se torna “imprescindível compreender as relações que se estabelecem entre os processos de interacção que ocorrem nos micro-sistemas, (...) e as relações com as variáveis nele introduzidas por influências ou alterações que têm lugar noutros sistemas.” (Sá-Chaves, 2000, p. 149).

O conceito de ecologia, subjacente a este cenário supervisivo, tem na sua matriz conceptual, o modelo ecológico do desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner em 1979 e 1993.

Nesta concepção, o desenvolvimento do indivíduo está intimamente ligado ao meio que o rodeia e às interacções que com ele estabelece. “A ecologia do desenvolvimento humano implica o estudo (...) da interacção mútua e progressiva entre, por um lado um indivíduo activo, em constante crescimento, e, por outro lado as propriedades sempre em transformação dos meios imediatos em que o indivíduo vive, sendo este processo influenciado pelas relações entre os contextos mais imediatos e os contextos mais vastos em que aqueles se integram.” (Portugal, 1992, p. 37).

Desta matriz conceptual facilmente se inferem as características de dinamismo e de actividade atribuídas ao indivíduo, bem como a interacção

recíproca, directa ou indirecta, que este estabelece com o contexto em que se insere e a relação entre os diferentes contextos, perfilando-se assim uma rede de interacções múltiplas, todas elas contribuindo para a construção do eu como pessoa.

Distinguem-se então dois eixos estruturantes na compreensão deste modelo: o indivíduo, enquanto pessoa activa, desempenhando papéis e estabelecendo relações interpessoais, e os contextos, mais directos, onde a pessoa se localiza, como o familiar, social e laboral, mas também os mais afastados que, não tendo o indivíduo possibilidade de experienciar, não deixam de contribuir e influenciar o seu desenvolvimento. Os primeiros, de acordo com a autora citada, Bronfenbrenner designou por Micro-sistema e os restantes, por Exo-sistema, abrangendo este os contextos que, apesar de não incluírem uma participação activa dos indivíduos, podem contudo determinar alterações na acção por ele exercida ou, em consequência desta, sofrer, eles mesmo, alterações. O Macro-sistema, por sua vez, insere os valores, as convicções, os costumes e os hábitos, e os contextos adquirem importância capital neste cenário supervivo, não só o denominado Micro-sistema, mas também toda a articulação entre diferentes Micro-sistemas, onde os profissionais se inserem e onde, por eles, sofrem uma acção directa, e ainda, o Exo-sistema e o Macro-sistema que, indirectamente, influenciam os supervisandos.

Contudo, esta categorização dos sistemas não pode ser interpretada de forma estanque, individual ou isolada. De facto, todos eles se interpenetram, influenciando-se recíproca e mutuamente, adquirindo ao nível dos Micro-sistemas a designação de Meso-sistema, conforme nos relata a autora atrás mencionada.

As transições ecológicas, verificam-se, assim, quando ocorrem alterações nas funções desenvolvidas pelos indivíduos ou, quando ocorrem mudanças no meio. Desta forma, o sujeito constitui-se, ele próprio, como agente do processo de desenvolvimento, ao mesmo tempo que pode dele ser consequência (Portugal, 1992).

Estas transições podem ocorrer devido à mudança de contexto do indivíduo ou por este ter assumido o desempenho de outros papéis ou actividades dentro do mesmo contexto.

Clarificando um pouco o conceito de papel que temos vindo a referir, importa realçar que, na perspectiva Bronfenbreniana, o autor se reporta não só aquilo que se espera do sujeito em termos de acção, mas também à forma como os outros se comportam em relação a ele (Sá-Chaves, 2000).

Esta dialéctica presente no conceito de papel traz novamente à luz a importância da relação interpessoal no desenvolvimento humano ao qual, de acordo com a autora, presidem três princípios:

- Reciprocidade, de onde se infere a contribuição do sujeito para o desenvolvimento do outro e vice-versa;
- Equilíbrio de poder, entre os sujeitos, não sendo obrigatória a manutenção das mesmas linhas hierárquicas ao longo do tempo;
- Relação afectiva, que independentemente da sua natureza contribui para o desenvolvimento dos indivíduos.

Tal como no modelo de desenvolvimento humano da pessoa proposto por Bronfenbrenner, o desenvolvimento profissional e humano do supervisando ocorre atendendo a três factores enquadramentos da formação: “actividades, papéis, relações interpessoais”, que associados às características de imprevisibilidade, incerteza e dinamismo dos contextos, conferem à prática profissional e à supervisão clínica uma complexidade que requer dos diferentes actores uma permanente atitude reflexiva, na compreensão da procura do melhor cuidar e do melhor supervisionar (Alarcão & Tavares, 2003, p. 37).

Neste sentido, elaborámos o esquema da figura 1, esclarecedor das qualidades explicitadas.

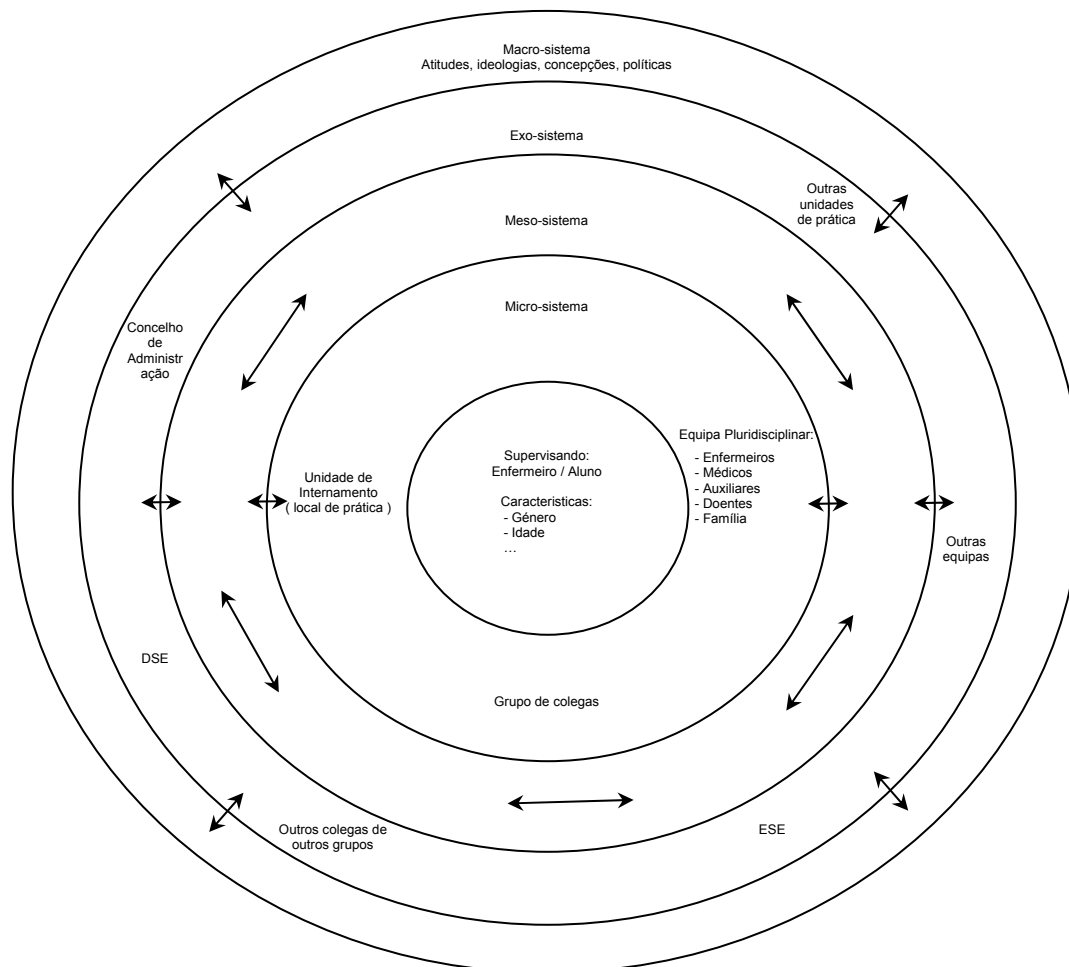


Figura 1: Ambiente Ecológico da Supervisão Clínica em Enfermagem.
Adaptado de Sá-Chaves (2000)

De facto, o futuro profissional, ou o profissional de enfermagem, desenvolve o seu trabalho num micro-sistema integrado numa rede onde coexistem outros micro-sistemas, com os quais interage ao nível da relação interpessoal.

A relação interpessoal detém, a este nível, importância capital. Os diferentes papéis assumidos pelos diferentes profissionais que constituem a equipa de trabalho, e as diversas actividades que cada um desenvolve, colocam em evidência as relações interpessoais como factor preponderante na determinação da qualidade global.

As linhas de poder, formal e informal, a nível operativo são disso exemplo, decorrendo as últimas da forma como percebemos o outro e o seu desempenho.

Também a natureza das relações pessoais estabelecidas entre pares induz de forma significativa o desenvolvimento profissional de todos, pela agilização e facilitação de processos de partilha, apoio e interajuda que, no âmbito da tomada de decisão, se revelam fundamentais.

Assiste-se, assim, a uma (co)construção de todos e por todos, numa dialéctica recursiva, onde a informalidade é normalmente a nota dominante.

Mas a complexidade de que se revestem as instituições de saúde contemporâneas faz emergir outros contextos que influenciam o profissional, apesar de este não estar em contacto directo com eles.

Parece-nos consensual, para além de óbvio, que a Direcção dos Serviços de Enfermagem (DSE), pela construção de um modelo estratégico de gestão, que as próprias linhas hierárquicas da carreira de enfermagem lhe conferem, pela determinação de normas institucionais, mas também pela política, cultura e filosofia que lhes estão subjacentes, influencia o desempenho dos profissionais ao nível dos seus micro-sistemas de trabalho, sendo disso exemplo:

- Modelos de acreditação de qualidade adoptados;
- Modelo teórico de enfermagem de referência: adopção, implementação e desenvolvimento;
- Métodos de trabalho preconizados;
- Organização da formação contínua;
- Valorização do ensino clínico na formação inicial;
- Rede de comunicação que estabelece, entre outros.

Mas também nos parece óbvio que a influência pode e será seguramente recíproca, uma vez que os profissionais que constituem a Direcção de Enfermagem são também enfermeiros, desempenhando, por vezes, em simultaneidade, outros papéis no seu local de prática.

Por outro lado, é igualmente verdade que o evoluir histórico da sociedade em geral, e da enfermagem em particular, origina no indivíduo quadros de referência com tradução no seu desempenho profissional. As próprias políticas de saúde, no âmbito nacional, constituem também factores que de forma determinante condicionam e influenciam não só o desenvolvimento profissional, como também o institucional.

É nesta teia de relações intercontextuais que o enfermeiro se localiza e a quem é solicitado um desempenho profissional pautado pela natureza contingencial e recursiva dos contextos e por uma prática reflexiva que lhe permite um agir contextualizado e, em consequência, enformado por valores éticos e deontológicos numa visão holística e una do ser humano.

Decorrente desta matriz conceptual, ao supervisor está reservado o papel da promoção e gestão de experiências variadas, da facilitação de transacções ecológicas, proporcionando ao supervisando a interacção com outros sujeitos, a execução de novas actividades e o assumir outras funções. (Alarcão & Tavares, 2003).

A supervisão vista nesta perspectiva ecológica conjuga o desenvolvimento pessoal e profissional com socialização, relaciona teorias pessoais com teorias públicas e analisa a natureza contextual.

À acção supervisiva está assim implícita a ideia da dupla influência e da dupla responsabilidade da figura do supervisor que, em primeira instância, se manifesta ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional do supervisando mas que, indirectamente, se traduz na qualidade das suas práticas.

Ao desenvolver actividades, assumir papéis e ao interagir com os outros e com o meio, o supervisando tem assim a possibilidade de se construir como pessoa e como profissional e de se constituir como agente de mudança das propriedades do próprio meio em que se insere.

Esta sinergia e recursividade entre o sujeito em formação e o meio, patente nesta concepção da supervisão, aproxima-se mais uma vez das teorias de Bronfenbrenner, conforme referem Alarcão e Tavares (2003) que, numa perspectiva ecológica, compreende o desenvolvimento humano e profissional como um processo “inacabado, dependente das capacidades das pessoas e das potencialidades do meio, construtor do ser, mas também do saber-fazer profissional e de saber estar, viver e conviver com os outros.” (p. 39).

A supervisão assume-se, assim, como um processo viabilizador de uma (re)construção do eu e do outro como pessoa e uma (re)construção do eu e do outro como profissional, numa dialéctica contingencial, indutora e facilitadora dos

processos de socialização e cujos reflexos se traduzirão na construção de uma identidade profissional.

6 – A RELAÇÃO SUPERVISIVA

A concepção de aprendizagem que temos vindo a defender coloca em cena todos os intervenientes e evidencia, enquanto acto de vida, o papel principal que assume o supervisando, não só pela sua auto-implicação no processo de aprendizagem, mas também pela integração das dimensões cognitivas e afectivas da pessoa, assim considerada única e una, no acto de aprender.

Neste sentido, a aprendizagem é um acto voluntário, intencional e transformador da pessoa que, ao se desenvolver, detém ela própria a capacidade de induzir e de intervir na transformação de outros e do meio.

Mas para o processo de aprendizagem confluem outras dimensões que não apenas as de natureza intra-pessoal e que de modo algum podem ser desconsideradas sob pena de desvirtuarmos a própria concepção do Homem, compreendido como um Ser em relação. À semelhança do que refere Sá-Chaves (2000), acreditamos que “ninguém poderá fazer na vez de ninguém (...), mas que também dificilmente alguém poderá fazer sozinho” (p. 130).

Tais factos remetem-nos, então, para a centralidade da dimensão relacional no processo supervisivo, enquanto processo intencional de ajuda na aprendizagem de outrem, facilitando e criando um clima afectivo envolvente e um ambiente relacional propiciadores e promotores de reflexões conjuntas.

A relação interpessoal que se estabelece entre supervisor e supervisando(s) é assim fundamental e determinante para o processo de ensino/aprendizagem, uma vez se considerar que a acção dos outros pode contribuir para o nosso próprio desenvolvimento.

Tratando o nosso estudo do ensino clínico realizado noutros contextos que não o escolar, parece-nos imprescindível considerar este factor de extrema importância por duas ordens de razões, tal como refere a autora:

- A primeira razão prende-se com a segurança proporcionada aos alunos, pelo facto de serem acompanhados por alguém que, para além de os

conhecer, conhece também um pouco o novo contexto, facilitando e apoiando, desta forma a transição meso-sistémica.

- A segunda razão está relacionada com o facto da relação interpessoal ser ela própria potenciadora da relação intercontextual, aproximando pessoas e instituições, trazendo para o cenário supervisivo as mais-valias e os saberes próprios de cada contexto, estabelecendo uma rede comunicacional onde a informação flui de forma clara em ambos os sentidos. Este princípio é considerado por Brofenbrenner como especialmente válido nas transições meso-sistémicas, não deixa, contudo, de ser igualmente importante ao nível das relações que se estabelecem no micro-sistema.

Conscientes e defensores de tal facto, dada a interacção constante, sistemática e recíproca entre supervisores e supervisandos, Alarcão e Tavares (2003), reportando-se a Glickman (1985), relembram um conjunto de *skills* de relação interpessoal que o supervisor deverá deter, de modo a facilitar o alcance dos objectivos que traçou.

Deste modo, deve o supervisor prestar atenção ao supervisando, demonstrando-lhe esta mesma atenção através da comunicação verbal e não verbal, clarificar o pensamento do supervisando de forma a não persistirem dúvidas, encorajá-lo a prosseguir o seu pensamento, servir de espelho, de forma a certificar-se que entendeu o que o supervisando referiu, dar opiniões sobre o assunto em discussão, ajudar a encontrar soluções para os problemas, tomando ele mesmo a iniciativa e solicitando outras sugestões, negociar as soluções para o problema, focalizando-se nas alternativas prováveis, orientar o supervisando para o que ele deverá realizar, estabelecer critérios, concretizando o seu plano de acção e estabelecendo limites temporais e condicionar, isto é, explicitar as consequências da observância e da não observância das orientações dadas.

A relação interpessoal entre supervisores e supervisandos não passa assim por uma relação hierarquizada, onde se sobrepõe a vontade e saberes do supervisor, mas por uma “relação adulta de acolhimento, ajuda e formação numa relação dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária, responsável” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 58).

Tavares (1993, p. 16) compreende esta relação como “recíproca, assimétrica e dialéctica entre pessoas, entre sujeitos capazes de sair de si mesmos e colocar-se no lugar do outro”, considerando esta reciprocidade como uma acção exercida de igual forma nos dois sentidos da relação, vendo na assimetria a não sobreposição de papéis e o carácter único dos sujeitos e na dialéctica a impossibilidade da existência de um sem o outro.

Neste quadro, a relação interpessoal emerge como uma verdadeira relação de ajuda, onde se pretende que as pessoas se desenvolvam na sua plenitude, englobando as dimensões física, psicológica e social, de forma harmoniosa.

A importância e repercussão da relação interpessoal no processo supervisivo são, nesta perspectiva, inquestionáveis e determinantes para o sucesso deste processo, tendo em vista os seus objectivos: o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno, pela autonomização progressiva, consistente e responsável do mesmo.

A este respeito, B. Santos (1997) refere que “a influência da dimensão pessoal e interpessoal pode criar oportunidades para os formandos promoverem uma certa autonomia nas suas acções, bem como criar condições para a negociação e resolução de situações problemáticas através de um acompanhamento interactivo, reflexivo e colaborativo” (p. 44).

A relação interpessoal constitui, desta forma, um espaço de debate, partilha e reflexão conjunta de experiências e de ideias propiciadoras da aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Aceitamos assim como válido para o ensino clínico de enfermagem o que o autor citado, reportando-se a M. Santos (1993) afirma, relativamente à formação de professores, quando refere que uma relação interpessoal positiva entre supervisores e supervisandos pode dar origem ao desenvolvimento, não só pessoal, como também profissional, nos domínios cognitivo, afectivo, relacional e social, instituindo-se, desta forma, um processo de mudança e de transformação dos futuros profissionais traduzindo-se em novas atitudes, novas práticas e novos saberes.

CAPÍTULO III – STRESSE: DIFERENTES PERSPECTIVAS DE ABORDAGEM

A utilização do termo *stresse* remonta ao século XVII quando, na Engenharia, se utilizava este vocábulo para definir a deformidade verificada num objecto quando sujeito a determinada carga (Mendes, 2002).

Nesta perspectiva surge a ideia da alteração interna do objecto mediante a influência de factores externos o que, de acordo com a autora reportando-se a Hinkle (1973), poderá ter também influenciado o conceito de *stresse* compreendido por vezes como sinónimo de tensão interna e de carga externa.

Na sociedade actual, o conceito de *stresse* não se restringe à área da física, generalizando-se o seu uso em diferentes domínios e alargando-se o seu estudo em vários contextos e sob diferentes perspectivas.

Apesar dos muitos estudos realizados sobre o tema, e muito embora todos eles recaiam sobre o Ser Humano, as diferentes abordagens a que recorrem oferecem-nos outras tantas perspectivas do mesmo fenómeno, dando-nos assim conta da miríade dimensional que o mesmo encerra o que, por vezes, torna ainda mais difícil a sua compreensão.

No domínio das profissões sociais estes estudos, que segundo Munson (2002) tiveram o seu auge nos Estados Unidos da América na década de 80 do século XX, e que sofreram um desinvestimento nos anos 90, tiveram, contudo, a mais-valia de trazer diferentes contributos para a compreensão de um fenómeno que se revela complexo pela sua multidimensionalidade.

Dentro das diferentes perspectivas de abordagem do tema *stresse* destacam-se, fundamentalmente, três: como estudo das respostas do indivíduo, como estudo dos factores indutores de *stresse* e numa perspectiva transaccional (Mendes, 2002; & Vaz Serra, 1999).

Assim, foram muitos os cientistas que, ao longo do tempo, contribuíram para a clarificação e compreensão do conceito de *stresse* tal como hoje o entendemos.

Destes, destaca-se o fisiologista francês Claude Bernard (1813-1878), cujos estudos ampliaram a compreensão da fisiologia humana e catapultaram o interesse de outros cientistas para este domínio (Vaz Serra, 1999).

A tese defendida por Bernard, com uma clara influência da teoria de Darwin sobre a evolução das espécies, reside na ideia de que o meio interno de um organismo vivo necessita de permanecer constante, apesar das alterações que continuamente se verificam no meio que o rodeia.

Desta forma, a sobrevivência do ser vivo está intimamente ligada aos mecanismos de defesa e de adaptação, donde quanto maiores e melhores forem estes mecanismos de auto-protecção, maiores serão as probabilidades de sobrevivência.

Retomando esta linha de pensamento, mais tarde, Cannon, em 1935, procura conhecer melhor os mecanismos que desencadeavam as respostas do ser vivo face às modificações do meio externo.

Do trabalho desenvolvido por este cientista, emerge para o mundo da medicina o termo “homeostase”, de origem grega *homolos* que significa semelhante e *statsis*, sinónimo de posição, que traduz a capacidade que um organismo vivo possui em manter estável o seu meio interno perante as alterações ocorridas no meio que o rodeia, e as ideias de que, perante uma alteração externa, o organismo desencadearia sempre uma resposta, quer esta fosse positiva ou negativa. Para além destes estudos, os trabalhos desenvolvidos por Bernard e Cannon revelaram-se fundamentais, conforme teremos oportunidade de referir.

1 – O STRESSE COMO RESPOSTA DO ORGANISMO

De acordo com Pereira (1997a), foi Hans Selye o responsável pela introdução, em 1936, do conceito de stresse nas ciências da vida, compreendendo-o como uma resposta não específica do organismo, desencadeada perante qualquer solicitação que lhe seja feita.

Nesta perspectiva, o stresse pode ser visto como uma experiência positiva ou negativa, tendo o autor designado as experiências positivas como “eustress” e as negativas como “negative stress or distress or strain” (Pereira, 1997a, p. 24).

O estudo das respostas biológicas, psicológicas e sociais do indivíduo, foi traduzido por Selye como Síndrome Geral de Adaptação (SGA), uma vez estarem vários órgãos envolvidos, ser visível independentemente da natureza do factor desencadeante, e pelo facto das respostas observadas procurarem reparar o seu efeito. As modificações químicas e físicas desencadeadas são assim passíveis de mensuração e surgem em consequência da activação fisiológica de resposta ao stress dadas pelos eixos neuronal, neuro-endócrino e endócrino (Labrador, 1995).

De acordo com este autor, o eixo neuronal é o primeiro a ser activado, aquando da percepção de uma situação indutora de stress. A resposta que se verifica é imediata, provocando a activação do Sistema Nervoso Simpático (SNS), desencadeando no organismo alterações que lhe permitam um maior consumo de energia como por exemplo: aumento da frequência respiratória, do ritmo cardíaco e da tensão arterial.

Ao mesmo tempo verifica-se também a activação do Sistema Nervoso Periférico (SNP) responsável pela regulação da tensão muscular e da preparação para a acção.

À rapidez da resposta, contrapõe-se a sua escassa persistência no tempo pelo que, as alterações psicofisiológicas que poderão surgir ocorrem sobretudo quando um dos órgãos solicitado não se encontra em condições de suportar este esforço suplementar.

As alterações mais comuns, nesta fase, encontram-se mais directamente relacionadas com a manutenção da activação do SNP, pelo que as cefaleias de tensão e as dores lombares são alguns dos problemas que poderão surgir.

A impossibilidade de resposta por parte deste eixo, ou a persistência da activação, desencadeia a entrada em funcionamento do eixo neuro-endócrino.

A activação deste eixo é mais lenta e carece de uma exposição mais prolongada no tempo à situação de stress, contudo, os seus efeitos produzidos, muito semelhantes aos do eixo neuronal, perduram também eles mais tempo.

Estes efeitos, resultam da estimulação da medula das glândulas suprarrenais e da consequente libertação de catecolaminas como a adrenalina e noradrenalina e sintetizam-se em:

- Subida da tensão arterial;
- Aumento fluxo sanguíneo ao cérebro;
- Subida do ritmo cardíaco;
- Aumento da quantidade de sangue expulsa em cada batimento cardíaco;
- Aumento da estimulação dos músculos esqueléticos;
- Aumento da libertação de opiáceos endógenos;
- Aumento dos ácidos gordos livres, triglicerídeos e colesterol no plasma;
- Descida do fluxo sanguíneo aos rins;
- Descida do fluxo sanguíneo ao sistema gastrointestinal;
- Descida do fluxo sanguíneo à pele;
- Aumento do risco de hipertensão arterial;
- Aumento do risco de formação de trombos;
- Aumento do risco de ataques de angina de peito em pessoas predispostas;
- Aumento do risco de arritmias;
- Aumento do risco de morte súbita por arritmia fatal, isquémia, fibrilhação ou enfarte.

De acordo com Mendes (2002), a activação deste eixo clarifica o enunciado por Cannon, pois trata-se de uma mobilização de todo o organismo com o intuito de dar uma resposta motora de *fuga* ou *luta* a uma situação percebida como indutora de stresse.

Uma activação muito intensa, ou o prolongamento da activação deste eixo, pode dar origem a problemas nos órgãos implicados, nomeadamente, ao nível cardiocirculatório.

A manter-se a situação de stresse, o eixo endócrino é activado, caracterizando-se este pela sua subdivisão em quatro subeixos, onde o mais importante é aquele que é constituído pelo hipotálamo – hipófise – suprarrenal, com libertação de cortisol (glicocorticoides) e cujos principais efeitos são:

- Aumento da produção de glicose;
- Aumento da irritação gástrica;
- Aumento da produção de ureia;
- Aumento da libertação de ácidos gordos livres na circulação sanguínea;
- Supressão dos mecanismos imunológicos;

- Aumento da produção de corpos cetónicos;
- Supressão do apetite;
- Desenvolvimento de sentimentos associados a depressão, indefesa, desespero e descontrole.

As consequências nefastas da activação deste eixo prendem-se essencialmente com os efeitos produzidos por este subeixo e são conforme refere Labrador (1995): depressão, sentimentos de indefesa, passividade, imunodepressão e sintomatologia gastrointestinal.

Nesta perspectiva, que compreende o stresse em função dos efeitos produzidos, e após o estudo das respostas fisiológicas, seguiu-se a pesquisa das respostas do tipo psicológico e social, cujos principais instrumentos são os inventários de sintomas e escalas de avaliação de humor e afecto.

Desta forma, Selye propõe um modelo de stresse que se caracteriza, para além do já descrito, essencialmente pela existência de três fases (Mendes, 2002):

- Fase de alarme: corresponde à resposta inicial do organismo ao agente nocivo, pelo que se evidenciam os seus efeitos somáticos. Tem uma duração curta, e de acordo com a autora, poderá ser comparável à resposta de *fuga* ou *luta* enunciados por Cannon;
- Fase de resistência: é a fase seguinte, onde se verifica uma adaptação ou resistência ao agente agressor. As respostas orgânicas podem, neste sentido, assemelharem-se às da fase anterior ou, pelo contrário, serem diametralmente opostas;
- Fase de exaustão: diz respeito ao esgotamento dos mecanismos adaptativos. A indisponibilidade dos recursos até aqui utilizados para lidar ou adaptar-se à situação indutora de stresse dá origem, por vezes, a doenças que resultam da adaptação orgânica, como algumas doenças mentais, coronárias, úlceras e colites. A persistir a exposição ao agente agressor, a morte pode advir, uma vez a “energia de adaptação ser uma energia finita” (Mendes, 2002, p. 26).

Segundo a autora, este fisiologista considerou, em 1982, a existência de factores tendentes a regenerar a capacidade de adaptação e resistência do organismo, como o sono e o repouso, não deixando contudo de referir que os

mesmos não são por si só suficientes para promoverem o restabelecimento completo, igualando o estado inicial.

2 - FACTORES INDUTORES DE STRESSE

Outra abordagem deste tema merece também atenção pela ênfase que coloca no estudo dos factores indutores de stresse e onde se destacam os trabalhos desenvolvidos por Holmes e Rahe que culminaram em 1967 com a publicação de uma Escala de Reajustamento Social (Social Readjustment Rating Scale – SRRS).

Nesta perspectiva, procura-se avaliar a importância de acontecimentos de vida enquanto indutores de stresse no indivíduo e se, no início dos estudos, os autores consideraram apenas os acontecimentos tidos como negativos pelas suas características, mais tarde, alargaram a sua inclusão aos acontecimentos vistos como positivos, definindo acontecimento de vida como “um qualquer acontecimento que cria mudança no padrão habitual de vida, requerendo ajustamento significativo no estilo de vida.” (Mendes, 2002, p. 28).

Virava-se uma página no estudo do stresse na vida das pessoas pela deslocação do seu foco de atenção e interesse, revelando-se, desta forma, uma outra abordagem possível e credível deste problema.

O stresse, compreendido até então como uma resposta do organismo perante um agente agressor, passa a ser visto em “função das *circunstâncias antecedentes* que o determinam” (Vaz Serra, 1999, p. 9).

A listagem dos acontecimentos de vida, num total de 43, constantes na escala elaborada por Holmes e Rahe, são pontuados de acordo com o grau de ajustamento que requerem e englobam situações de natureza diversa que Miller (1993), referido por Mendes (2002), reúne em seis áreas:

- Domínio pessoal e social, como as mudanças de hábitos alimentares, sono e férias;
- Mudanças no trabalho, como a aposentação, alterações das responsabilidades e/ou do horário na actividade profissional e dificuldades com o patrão;

- Problemas conjugais, como a separação do cônjuge e/ou o início ou término de uma actividade profissional por parte deste;
- Mudanças de residência;
- Assuntos familiares, como a alteração da frequência das reuniões familiares, problemas com os sogros e a chegada de um novo membro à família;
- Mudanças escolares, como o início ou termo da escolaridade.

As questões colocadas reportam-se aos últimos seis meses de vida da pessoa e detêm pontuações diferentes, como já referimos. Esta diferença de pontuação entre as várias questões que os autores designam de *Life Change Units* (LCU) resultou dos estudos prévios elaborados para a construção da escala.

Neste sentido, quanto maior for o *score* obtido, maior será também a susceptibilidade e probabilidade de o individuo adoecer, da mesma forma que esta probabilidade também aumenta se a pessoa tiver que se adaptar a muitas modificações num curto período de tempo.

Esta perspectiva mereceu críticas de outros estudiosos que incidiram, fundamentalmente, em três aspectos: o primeiro prende-se com o facto de acontecimentos de vida positivos e negativos não terem a mesma repercussão psicofisiológica; o segundo aspecto advém da fraca correlação encontrada nos estudos e o terceiro reporta-se ao facto da escala não estar suficientemente clara.

A estas críticas acrescenta Vaz Serra (1999) que 43 acontecimentos não correspondem ao total possível, para além do facto de alguns itens considerados estarem mal definidos ou se constituírem mais como consequência do que como causa de stresse, e ainda o facto deste instrumento ser mais dirigido aos indivíduos casados, dado que os solteiros não podem responder a algumas das questões.

Algumas destas críticas foram esclarecidas nos estudos subsequentes, donde se destaca a introdução da variável de contexto na valorização da significação individual do acontecimento de vida, a diferenciação de stressores face às diferentes alterações que desencadeiam, permitindo-se assim um maior conhecimento dos aspectos a avaliar.

Dentro destas abordagens, conforme refere Mendes (2002, p. 31), destacam-se os trabalhos de Brown e seus colaboradores no que se refere à

valorização do contexto, enquanto factor contributivo para o stresse, compreendendo-se desta forma o “papel etiológico do acontecimento” e os estudos de Mazure e Druss que incidiram sobre a destrinça dos agentes indutores de stresse, em função dos efeitos que produzem ou das pessoas ou grupos de pessoas que afectam, levando-os a categorizá-los do seguinte modo:

- Acontecimentos agudos, como uma morte súbita *versus* situação crónica prolongada como a persistência no tempo de um conflito conjugal;
- Stressores menores como pequenas contrariedades diárias *versus* acontecimentos maiores, como a morte de um ente querido;
- Acontecimentos geralmente desejáveis como o nascimento de uma criança *versus* acontecimentos indesejáveis como uma perda;
- Acontecimento controláveis com algum reajustamento, como abandonar um emprego indesejado *versus* acontecimentos fora de controlo, como a dor crónica após um traumatismo.

O resultado destes trabalhos, ainda que sujeitos a críticas, tiveram, contudo as mais-valias de produzir mais conhecimento sobre o que interessava avaliar, separando os tipos de acontecimentos e de esclarecerem o que realmente se entende por acontecimento, fazendo a distinção entre aqueles que provocam alterações de vida e aqueles que se constituem como experiências emocionais fortes. Estudos subsequentes nesta linha de orientação levaram Elliot e Eisdorfer, em 1982, a classificarem os diferentes estímulos de acordo com a suas capacidades de induzirem stresse, designando-os por: *Agudos*, quando limitados no tempo; *Continuados*, se mais prolongados; *Crónicos* e *Intermitentes*, quando o estímulo se repete de forma intermitente durante um período de tempo e *Crónico*, quando persiste ao longo de muito tempo.

Também Vaz Serra (1999) nos dá conta de uma outra classificação de acontecimentos capazes de induzir stresse no indivíduo, tais como:

- Acontecimentos traumáticos – são acontecimentos graves que podem afectar um indivíduo ou uma comunidade. Não são, normalmente, previsíveis e podem dar origem a problemas psicopatológicos duradouros se não forem atempadamente tratados, como por exemplo: violação e tremor de terra;

- Acontecimentos significativos de vida – constituem circunstâncias importantes, capazes de determinar alterações no estilo de vida do indivíduo. São danos ou ameaças que sob o ponto de vista humano são de grandes dimensões, como por exemplo: falecimento de familiares, e perda de emprego;
- Situações crónicas indutoras de stresse – são acontecimentos relativos a “problemas e assuntos perturbadores que são tão regulares no desempenho dos papéis e das actividades diárias de um indivíduo que se comportam como se fossem contínuos” (Weaton, 1994, p. 82, citado por Vaz Serra, 1999, p. 36). O início do stresse causado por estas situações é subtil e insidioso, a sua resolução não é fácil nem imediata e tão pouco se sabe quando termina. Temos como exemplo as excessivas solicitações em simultâneo, a frequência elevada de tarefas a realizar com prazos limites de execução, ou ser-se obrigado a adoptar um estilo de vida que impossibilita a realização de actividades desejadas;
- Micro-indutores – correspondem aos pequenos aborrecimentos do quotidiano que, Lazarus e DeLongis (1983, p. 247), definem como “aquelas situações do dia-a-dia que se tornam irritantes, frustrantes, maçadoras, exigentes e que perturbam as relações inter-pessoais” (Vaz Serra, 1999, p. 37). Este autor considera que a sua valorização depende não só das condições sociais que a pessoa enfrenta, como também da predisposição individual para os encarar, podendo os seus efeitos serem minimizados pela existência de outros acontecimentos positivos que os compensem. Pelo facto de não terem grandes repercussões sociais, as pessoas nestas circunstâncias, não usufruem de grande apoio, uma vez que a importância que detêm, depende quase exclusivamente do significado que cada um lhe atribui;
- Macro-indutores – são acontecimentos que afectam as pessoas no geral e nenhum indivíduo em particular. São determinadas pelo sistema social e quando se circunscrevem a um determinado período de tempo assemelham-se aos acontecimentos significativos de vida, quando perduram no tempo são comparáveis às situações crónicas indutoras de stresse;

- Acontecimentos desejados que não ocorrem – representam as situações que se desejam mas que não se realizam ou que tardam em acontecer, como é o caso, bem contemporâneo, dos alunos que procuram repetidamente ingressar num curso superior, quando as notas obtidas ao longo de alguns anos se revelam insuficientes;
- Traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento – são os acontecimentos traumáticos que ocorrem na fase de desenvolvimento na infância, quando as defesas psicológicas são ainda fracas, podendo tais factos ter repercussões na vida adulta, são disso exemplo os maus tratos às crianças e um ambiente familiar hostil com conflitos entre os pais.

O estudo do stresse enquanto estímulo revela-se, assim, complexo e multidimensional, tornando difícil a construção de instrumentos capazes de o avaliar, pois não conseguem traduzir as hipotéticas correlações entre as diferentes dimensões, nem tão pouco avaliar o possível efeito de cada uma delas.

2.1 – Características das Situações Indutoras de Stresse

Embora se tenha concluído do carácter singular e intrínseco da avaliação das situações indutoras de stresse, alguns autores sugerem a existência de algumas características transversais nalguns acontecimentos que parecem contribuir para a sua percepção como stressantes.

De entre as muitas similitudes entre os incontáveis acontecimentos susceptíveis de gerar stresse no indivíduo, Labrador (1995) destaca:

- A mudança ou novidade da situação, isto é, uma alteração da situação habitual ou o aparecimento de uma situação nova, com exigências diferentes a que se torna necessário responder, pelo que quanto maior for a novidade que a situação encerra, mais facilmente dará origem a respostas de stresse.

Como para a avaliação e resolução da nova situação também concorrem as experiências anteriores semelhantes, a resposta de stresse será tanto maior, quanto maior for a associação entre as experiências anteriores e a percepção de dano ou ameaça;

- Falta de informação perante uma situação nova. O facto de não se saber o que fazer ou como enfrentar o acontecimento, dá origem, no indivíduo, a sensações de indefesa que desencadeiam respostas de stresse;
- Previsibilidade, ou seja, até que ponto se consegue prever o que irá acontecer. Em situações ambíguas, esta característica é responsável pelo desencadear de respostas de stresse mais intensas do que as verificadas quando se consegue prever o desenrolar da situação, mesmo quando o que se prevê seja negativo;
- A incerteza da ocorrência de um acontecimento, que poderá levar o indivíduo a um longo processo de avaliação e reavaliação, que por sua vez poderá dar origem a sentimentos de desespero;
- A ambiguidade da situação de stresse, originada por falta ou excesso de informação para a avaliar. A escassez de informação torna-se insuficiente para se proceder à avaliação e o seu excesso, por outro lado, torna-a confusa e pouco clara;
- A iminência da situação e a incerteza, compreendida a primeira como o intervalo de tempo que medeia a previsão e a ocorrência de um acontecimento e a segunda como a indeterminação relativa ao momento exacto em que irá ocorrer um acontecimento. Desta forma, e muito dependentes da capacidade individual em enfrentar a situação, tanto a proximidade como o seu distanciamento no tempo podem desencadear respostas de stresse.

De igual modo, a incerteza na determinação temporal de um acontecimento pode originar respostas de stresse, produzidas pelo enfraquecimento diário, psicológico e físico;

- A falta de aptidões ou condutas para enfrentar ou dominar a situação gera, no indivíduo, sentimentos de indefesa, pois apesar de saber o que está a acontecer e o que deveria fazer para resolver a situação, não consegue realizá-lo;
- A alteração das condições biológicas do organismo, que faz com que o mesmo intensifique o seu trabalho para retornar a um estado de equilíbrio. Esta alteração poderá ser devida ao consumo de substâncias

estimulantes como o chá, o café, o álcool e o tabaco, às condições do meio ambiente como o frio, o calor e o ruído, até ao exercício físico;

- A duração da situação de stresse que, quanto maior for, mais prolongadas são as respostas de stresse pelo que, também maiores serão as suas consequências negativas, que podem ir desde as perturbações psicofisiológicas, como a hipertensão e insónia, aos distúrbios psicológicos como a depressão.

Esta breve e sucinta abordagem, de algumas características de situações indutoras de stresse, permitiu-nos constatar a existência de alguns denominadores comuns nas situações vivenciadas como stressantes e, desta forma, constituiu-se como um valioso subsidio para uma leitura mais fidedigna do experienciado pelos alunos durante o ensino clínico.

3 – O STRESSE COMO MODELO TRANSACIONAL

Numa perspectiva transaccional, que Lazarus e Folkman (1984) referidos por Pereira (1997a) desenvolveram, o stresse é visto como uma relação particular entre o indivíduo e o meio, que é por ele avaliado como nefasto ou ao qual se sente incapaz de dar resposta, colocando em perigo o seu bem-estar.

Nesta abordagem do stresse, que enfatiza a relação entre o meio e o indivíduo, ao contrário das abordagens anteriores, que perspectivam o tema de forma unidireccional, encontram-se algumas das explicações que os estudos, até então, deixaram em aberto, como é o caso de respostas diferentes entre indivíduos face ao mesmo problema.

O modelo defendido por Lazarus e Folkman caracteriza-se pela integração da tríade cognição, motivação e relação.

Assim, ele é relacional porque compreende as emoções geradas em função da correlação entre o meio e o indivíduo; é motivacional, porque as emoções surgem em consequência das avaliações que o indivíduo realiza dos objectivos que em todos os momentos define e da hierarquia de importância que lhes atribui; é cognitivo, porque as emoções são produzidas em função do conhecimento e da

avaliação que o indivíduo faz do que se está a verificar no seu bem-estar (Mendes, 2002).

Desta forma se procura explicar as múltiplas correlações existentes entre as diversas dimensões que o fenómeno stresse encerra, reservando o papel principal ao indivíduo na avaliação que faz da situação e da qual vai depender a determinação se a mesma é ou não para si, stressante.

Esta avaliação é, conforme refere Vaz Serra (1999) reportando-se a Lazarus e Averill (1972), constituída por 3 etapas:

- Avaliação Primária – onde o indivíduo procura saber o que a situação tem de benéfico ou prejudicial para si.
- Avaliação Secundária – quando o indivíduo procura avaliar os meios que dispõe para lidar com a situação de modo a evitar as consequências negativas e/ou antecipar as positivas.
- Reavaliação – quando finalmente a pessoa integra todos os dados disponibilizados pelas avaliações anteriores fazendo, desta forma, o balanço das suas possibilidades.

Se desta avaliação cognitiva resultar um balanço negativo, reconhecendo que a situação lhe é prejudicial, então o indivíduo entra em stresse, sentindo emoções negativas e fortes e desenvolvendo respostas neurofisiológicas.

Lazarus e Folkman (1984) referidos por Mendes (2002) consideram ainda que nas avaliações primárias, são preponderantes as crenças e motivações do indivíduo na determinação se o acontecimento é benéfico ou prejudicial pelo que, considera que os mesmos poderão ser classificados como:

- Benignos ou Irrelevantes – se não necessitarem de respostas adaptativas pelo que serão ignoradas pelo indivíduo.
- De Dano – quando provocam prejuízo psicológico pela violação das nossas crenças ou nos impedem de alcançar os nossos objectivos.
- De Ameaça – quando o dano ainda não se verificou, mas a sua concretização é tida como próxima.
- De Desafio – quando os acontecimentos são difíceis e exigentes mas sentimos confiança em os ultrapassar mobilizando os recursos que dispomos.

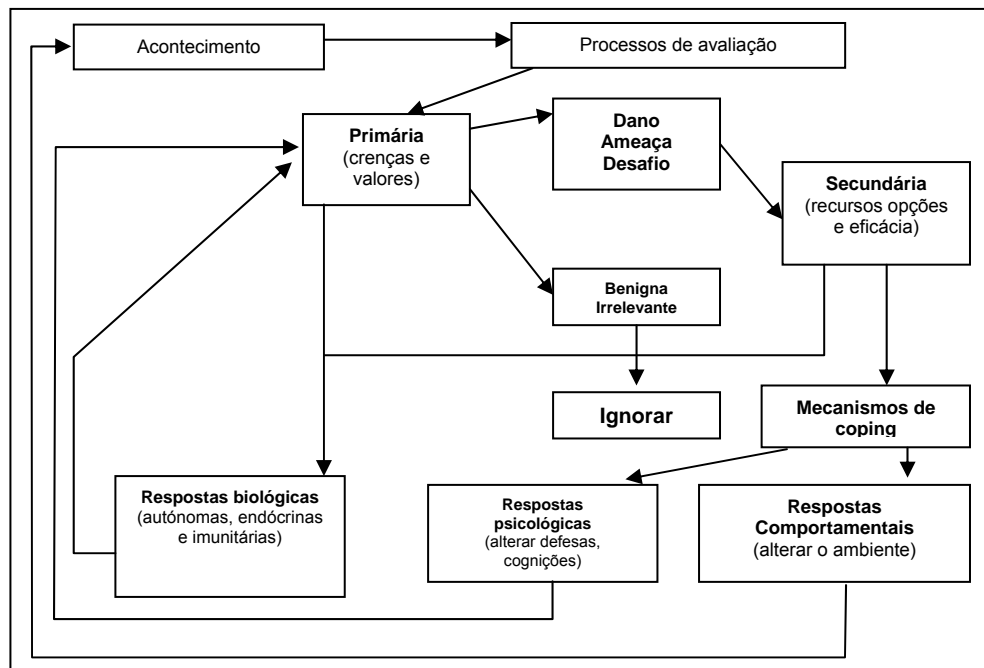


Figura 2: Modelo transacional de stress.

Mendes (2002, p. 37)

Este modelo de stress, que relaciona e correlaciona o indivíduo e o meio, conduz-nos a algumas premissas importantes para uma visão integrada e integradora do stress, isto é:

- Não nos é possível afirmar a existência de acontecimentos reconhecidos, em absoluto, como indutores de stress, uma vez que o acontecimento só será considerado como indutor do stress mediante a avaliação que o indivíduo faz do mesmo;
- A avaliação cognitiva torna-se, desta forma, o ponto-chave para a determinação do tipo de acontecimento e desencadeamento das respostas adequadas, dando-nos uma perspectiva multidireccional contrariando, deste modo, as abordagens anteriores.
- O stress desencadeia, na pessoa, vários tipos de resposta de natureza diversa, desde a biológica, cognitiva, comportamental e emocional;
- A intensidade do stress é atenuada em função da qualidade e quantidade de apoios sociais que o indivíduo dispõe ou tem acesso;
- As estratégias para lidar com o stress, normalmente designadas de *coping*, podem ter diferentes orientações: resolução do problema, controlo emocional e dimensão relacional;

- As estratégias adoptadas poderão ser adequadas, atenuando ou anulando o stresse ou, podem ser desajustadas, mantendo-se o indivíduo em stresse, pelo que esta situação se torna desgastante.

Nesta abordagem compreensiva do stresse, encontramos alguns paralelismos com a perspectiva ecológica da supervisão, a saber: a importância atribuída ao papel do indivíduo – enquanto ser único, detentor de um património biológico, psicológico, social e cultural, indivisível e indispensável à compreensão dos fenómenos e determinante nas respostas aos mesmos e, a influência do meio ambiente (seja este ao nível micro ou macro-sistémico) na pessoa, capaz de induzir stresse mas simultaneamente susceptível de se constituir como factor atenuante.

4 – O APOIO SOCIAL ENQUANTO FACTOR MODERADOR DE STRESSE

A conceptualização e operacionalização do apoio social são, à semelhança do que se verifica com o stresse, difíceis de realizar, mercê também da sua multidimensionalidade. Os estudos efectuados dão-nos conta dessa mesma complexidade que, mais não resulta, do que do facto de se procurar estudar um fenómeno social onde, indubitavelmente, se cruzam inúmeras variáveis, tradução da riqueza da relação do Homem com os Outros.

O interesse por este tema surge em consequência dos estudos que procuravam compreender as razões pelas quais, situações semelhantes produziam efeitos diferentes, em diferentes pessoas, ou seja, quais os factores que se constituíam como mediadores do stresse, dando assim origem a respostas diferenciadas.

São os trabalhos de Caplan (1974) que, referindo-se a um “sistema de apoio” que incluía não só a família e amigos, mas também a ajuda informal prestada pela vizinhança, serviços comunitários e outros, que introduzem esta variável no estudo do fenómeno stresse.

Das pesquisas subsequentes, resultou um maior conhecimento sobre o assunto, mas também a consciencialização da dificuldade em se gerarem

consensos quanto à sua conceptualização e operacionalização. Tardy (1985) propôs a distinção das dimensões constituintes do termo, que designa por “ *direcção*”, isto é, recebido ou fornecido; “*disponibilidade*” ou seja, se está disponível ou se foi executado; “*medição*” se é descrito ou avaliado; “*conteúdo*” se é de natureza emocional, instrumental, informativo ou avaliativo e “*rede social*”, onde se inclui a família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho ou outros (Mendes, 2002, p. 41).

Reportando-se a Bergman et al (1990), Vaz Serra (1999) sustenta que o apoio social, sendo um termo abrangente, se refere à quantidade e à coesão das relações sociais do indivíduo, à intensidade dos laços que estabelece, à frequência do contacto e à forma como é percebida a existência de um sistema de apoio útil e disponível, quando necessário.

A sua abrangência e complexidade, levou Hobfoll e Vaux (1993) a considerarem o apoio social como um meta-construto, onde se incluem os recursos da rede social, os comportamentos de apoio e a avaliação subjectiva do mesmo. Por recursos da rede social, entendem-se as relações sociais que, estando disponíveis, podem efectivamente prestar ajuda em casos de necessidade, para além de conferirem estabilidade ao indivíduo dentro de um grupo social.

A rede social, neste caso, também não se circunscreve à família e amigos, incluindo os colegas de trabalho, conhecidos ou outros.

Mas, mais do que a disponibilidade dos recursos, o que parece ser mais determinante na ajuda em situações de stresse, é a percepção individual de pertença a uma rede social coesa, uma vez que os recursos até podem existir, estarem disponíveis, mas não serem utilizados dado a pessoa não os perceber como tal, ou recear de alguma forma recorrer a eles.

Associado à percepção de pertença a um grupo social, enquanto factor mediador dos efeitos do stresse, e igualmente importante, há a considerar a avaliação que o indivíduo faz do apoio que lhe é dado.

Esta avaliação de cariz subjectivo, em muito é influenciada pela forma como o indivíduo vê o mundo e as suas interacções no geral e não propriamente a forma como ele na realidade se apresenta.

A percepção e o significado atribuídos ao apoio social é, deste modo, afectado e/ou mesmo distorcido, não correspondendo por vezes às aspirações do receptor, enquanto indivíduo que recebe o apoio e às intenções do dador, visto como a pessoa que oferece o auxílio.

À semelhança do carácter intimamente subjectivo da percepção do stresse, também a eficácia dos mediadores dos seus efeitos parece depender mais do indivíduo, da forma como percepção a ajuda disponível e/ou dada, da sua história de vida e da sua visão do mundo, do que o comportamento de apoio efectivamente oferecido.

4.1 – Tipos de Apoio Social

Não sendo o apoio social um conceito fácil de operacionalizar, uma vez que traduz um fenómeno social complexo que coloca em cena múltiplas interacções entre indivíduos, Vaz Serra (1999) dá-nos, contudo, conta dos diferentes tipos de apoio social que podemos encontrar.

Refere então o autor, reportando-se a Cutrona e Russel (1990), Powell e Enright (1990) e Cohen e Will (1985) a existência de seis tipos de apoio social:

- **Afectivo** – importante para a melhoria da auto-estima, uma vez que com ele se procura que os indivíduos se sintam aceites, independentemente, dos erros cometidos, das suas limitações ou defeitos.
- **Emocional** – respeitante ao apoio solidário, empático e de segurança que é fornecido por outros, permitindo-se ao indivíduo sentir-se compreendido, reconfortado e encorajado. Para tal, reconhece-se que terá o dador de possuir capacidades de escuta activa, de compreensão e de desdramatização e de distanciamento crítico dos problemas.
- **Perceptivo** – com este apoio pretende-se que o indivíduo reavalie a situação problemática de uma forma diferente. Deste modo poderão surgir outros significados ou mesmo reformulação dos objectivos traçados, mercê da mudança de percepção do problema inicial.

- **Informativo** – o auxílio informativo proporcionado pode ser precioso para o esclarecimento de situações ambíguas, ou de difícil compreensão, facilitando assim a tomada de decisão de forma mais esclarecida e consciente.
- **Instrumental** – consta da ajuda fornecida de carácter material ou de outra natureza, com intuito de ajudar a solucionar um problema ou a realizar alguma tarefa.
- **Convívio Social** – o convívio social entre pessoas em actividades de carácter lúdico ou cultura, revela-se importante para o alívio de tensões do quotidiano mas também para fortalecer laços de pertença do indivíduo à sua rede social, minimizando sentimentos de solidão e isolamento.

Perante esta variedade na tipologia do apoio social, poderemos questionarmo-nos, qual o melhor tipo de apoio, o mais eficaz ou o mais adequado. Não obscurecendo a utilidade e validade de todos eles, parece contudo existir alguma relação entre a sua eficácia e a natureza controlável ou não das situações indutoras de stresse.

De acordo com Cutrona (1990), quando as situações indutoras de stresse são passíveis de ser controladas, o apoio instrumental, informativo e afectivo parecem ser os mais indicados, uma vez que os primeiros procuram ajudar a resolver o problema ao mesmo tempo que o apoio afectivo mantém o reforço da auto-estima.

Em situações em que se verifique existir alguma distorção da realidade, fruto da subjectividade da sua avaliação, o apoio perceptivo será então o mais aconselhável, procurando levar o indivíduo a reavaliar o problema, analisando-o noutras perspectivas e reflectindo sobre a evidência dos seus pensamentos, sua sustentação lógica e aprendizagens retiradas da experiência.

Apesar do descrito, parece-nos que o comportamento de apoio, não se circunscreve nem se restringe a um tipo de apoio social.

A riqueza da interacção humana permite-nos assim, focalizar a nossa atenção em determinada dimensão, sem contudo descurar todas as outras, daí ser por vezes, tão difícil identificar e classificar as funções de apoio quando descritas.

Conforme temos vindo a referir, o apoio social baseia-se na interacção entre pessoas e/ou instituições como forma de minimizar as repercussões negativas do efeito do stresse nos indivíduos, promovendo-se assim o seu bem-estar físico e mental.

Da quantidade e qualidade dessas interacções dependerá o sucesso das acções empreendidas, pelo que importa fomentar a criação de novas redes sociais de apoio, como por exemplo os grupos de apoio para determinado problema, onde o indivíduo se integre e onde encontre outras pessoas com problemas idênticos.

Desta forma, atenua-se o isolamento em que a pessoa se encontra, promove-se a expressão de sentimentos negativos e reduz-se a sensação de ameaça perante situações indutoras de stresse, mercê da partilha e comparação de problemas entre pares.

Não se deverá contudo, entender que o funcionamento destes grupos não carece de supervisão por parte de um profissional especializado. De facto a sua presença torna-se necessária no sentido de otimizar a comunicação terapêutica, da elaboração de protocolos de actuação e do próprio ensino aos elementos não profissionais que lideram o grupo (Rodriguez & Cohen, 1998, referidos por Vaz Serra, 1999).

Por outro lado, reforçar a qualidade das interacções, dirigindo o comportamento de apoio da forma mais adequada ao problema em questão, tem-se revelado, de acordo com os autores, um factor positivo com efeitos benéficos na saúde, física e mental do indivíduo, uma vez atenuar as repercussões dos problemas. Portanto, o descrito se compreende a importância de que se reveste o apoio social na minimização das consequências negativas do stresse e na promoção da saúde, do bem-estar físico e mental do indivíduo.

O seu impacto, nestes domínios, revela Vaz Serra (1999), traduz-se não só no momento em que o problema é vivido, mas também ao longo da vida do indivíduo, na forma como encara o mundo e a vida, nos comportamentos que adopta face à promoção da sua própria saúde.

5 – O STRESSE NO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

A enfermagem enquanto profissão de cariz social, tem sido alvo de múltiplos

estudos relativos ao stresse, enquadrados nas diferentes perspectivas anteriormente descritas.

Das pesquisas realizadas, realçamos o estudo de alguns factores extrínsecos ao indivíduo mas inerentes à sua profissão, como o horário de trabalho habitual, a precariedade do emprego, a carga de trabalho, entre outros, bem como os relacionados mais directamente com o contexto de trabalho, como as relações com os colegas, a organização do trabalho, a comunicação com os doentes e restante equipa, a falta de autonomia e, até mesmo, relacionados com as áreas específicas de cuidados, como as unidades de cuidados intensivos, a oncologia e a pediatria, e os relacionados com a vivência próxima do sofrimento humano e da morte.

Os estudos revelam, assim, uma multiplicidade de factores possíveis de se transformarem em stressores, não só pela intensidade com que são vivenciados, como também pela frequência com que ocorrem.

Tal facto, leva Breakwell (1990) referida por Loff (1991, p. 58), a atribuir às chefias de enfermagem e às instituições de saúde responsabilidades na definição de uma “verdadeira política de apoio ao pessoal que englobe não só os estímulos sociais (...), como também a formação e a modificação de atitudes”, não excluindo, contudo, a responsabilidade individual na prevenção deste problema.

Os contextos de saúde são assim, por si só, um campo onde proliferam factores e situações que, se ao nível dos seus profissionais, se tornam, por vezes, agressivos, ao nível da sua formação deveriam merecer particular atenção, uma vez que, “as respostas às situações indutoras de *stress*, dependem das experiências passadas do indivíduo em situações idênticas e das suas capacidades” (Pereira, 1991, p. 45).

O contacto ao longo de vários anos com alunos, durante o ensino clínico, e mais recentemente a sua supervisão, permitiu-nos constatar a existência de situações por eles vivenciadas, por vezes, de forma angustiante e ansiosa.

Conscientes da importância e da influência que as atitudes dos formadores detêm no auxílio da gestão e autogestão dos níveis de stresse experienciados pelos alunos, bem como das suas repercussões futuras e assumindo a aprendizagem em contexto real como essencial e imprescindível na construção

de saberes em enfermagem, torna-se por demais evidente a necessidade de saber como os alunos vivenciam a experiência de estágio e percebem o apoio pelos seus supervisores.

De facto, a experiência de estágio pauta-se pela confluência de múltiplas variáveis que nos dão a noção da complexidade das situações vivenciadas, das dificuldades sentidas pelos alunos, mas também da riqueza da aprendizagem possibilitada.

É, assim, num meio complexo, muitas vezes desconhecido e agressivo ao olhar, ao olfacto e ao sentir, que se solicita ao aluno um agir que, não sendo profissional, tem contudo de se revestir de uma qualidade que não interfira com o bem-estar do utente e não o coloque em perigo, requerendo-se simultaneamente que essa experiência constitua uma aprendizagem, revelada pela mobilização de saberes que lhe facultou agir daquele modo.

Na pessoa do aluno converge assim um duplo papel, o de aprender, dado encontrar-se numa fase de formação, e o de fazer, com uma qualidade idêntica à de um profissional, devendo a sua acção constituir uma ajuda para o doente.

Esta dualidade de papéis pode, por vezes, gerar conflitos, nomeadamente no que respeita à valorização do erro, na medida em que aceitando-se que o aluno possa errar e que da análise desse erro se construa um saber com dividendos futuros, dificilmente se aceita que ele não reconheça o seu erro ou que este interfira com o bem-estar dos outros, podendo assim, originar sentimentos de insegurança e medo de agir por parte do aluno.

Será talvez este um dos aspectos, que por si só, justifica a pertinência da supervisão que, para além de promover a aprendizagem e a autonomia progressiva do aluno, se constitua como garante da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Muito embora o processo supervisivo tenha também como objectivo o apoio emocional dos formandos, ele próprio poderá constituir-se com um dos factores indutores de stresse, representado pela pessoa do supervisor ou pelas estratégias de supervisão adoptadas.

Os estudos efectuados por Oliveira (1998) revelaram que um dos factores com maior expressão de stresse nos alunos, quer ao nível da sua intensidade

quer no domínio da frequência, foi exactamente a interacção com o orientador e a avaliação, (que pressupõe, obrigatoriamente, também a existência de interacção) o que, parece ir ao encontro dos dados obtidos por Valadas (1995) quando, na sua pesquisa, concluiu da existência de níveis de ansiedade elevados relacionados com a interacção entre o aluno e o orientador. Tal facto não deixa, contudo, de ser curioso e explorado pela autora, pois como pode o supervisor promover a aprendizagem dos alunos, se com eles não interagir? Como pode o supervisor conferir segurança e apoio aos alunos, se não estiver presente, colaborando e ajudando durante a prestação de cuidados? Como poderá o supervisor garantir a segurança e qualidade de cuidados prestados ao doente, se não acompanhar os alunos na prestação dos mesmos? De que forma pode o supervisor promover a autonomia dos alunos, confiando e delegando-lhes, progressivamente, maiores responsabilidades, se não possuir dados resultantes de avaliações anteriores? Como pode o supervisor fornecer reforço positivo, pelo desempenho verificado, se não pela interacção?

A observação, ainda que participante, e o questionamento, enquanto estratégias supervisivas que visam a promoção da aprendizagem dos alunos (Pedrosa de Jesus, 2004), parecem também poderem constituir-se como fonte de stress. Ainda a este respeito, Oermann e Standfest (1997), quando procuraram saber qual o grau de stress percebido por alunos de enfermagem em diferentes cursos e diferentes locais de estágio, encontraram uma correlação positiva em relação a estes dois factores, um elevado grau de stress dos alunos nos cursos de pediatria e a não variação do nível de stress em função da orientação ser feita por um professor do curso ou, por um orientador do local de estágio.

Esta ambivalência do processo supervisivo está igualmente patente nas pesquisas desenvolvidas por Pereira (1997a), quando refere a supervisão como fundamental no processo de ajuda, mas também como principal fonte de stress nos alunos estagiários (Pereira *et al*, 2004).

Da mesma opinião parece ser Munson (2002) quando refere que a supervisão e os supervisores podem concorrer para o aumento de níveis de stress, contudo alerta que esta proposição nem sempre é verdadeira, conforme atestam as pesquisas que realizou e nas quais os supervisandos identificaram,

como fonte principal de ajuda para lidar com o stresse, o apoio e o suporte do supervisor.

Tal facto, levou-o a questionar como é que é possível que os supervisores tenham tão pouco conhecimento sobre stresse e angústia, as suas causas, manifestações e tratamento.

Por outro lado, a promoção de um bom clima afectivo-relacional pode contribuir para o não aparecimento de stresse, situação desejável, pois segundo Garmston *et al* (2002), referidos por Belo (2003), o stresse pode limitar “a cognição e as capacidades de tomada de decisão” (p. 94).

Atendendo às repercussões negativas do stresse nos domínios da cognição e desempenho, Vaz Serra (1999) realça a sua influência ao nível da percepção, podendo-se verificar interpretações erradas dos acontecimentos vividos, menor compreensão das relações causa-efeito e dificuldades na tomada de decisão.

A tudo isto acrescenta ainda o autor a diminuição da tolerância à frustração, a irritabilidade fácil, as perturbações da atenção e o consequente aumento da probabilidade de cometer erros e diminuição em os detectar, e as perturbações da memória com dificuldade na retenção de factos recentes e interpretação dos acontecimentos quando esta exige o recurso a dados anteriormente armazenados.

Relativamente ao desempenho o autor, reportando-se a Sanders (1992), refere que não basta ao indivíduo dispor de recursos pessoais para lidar com o stresse, é necessário que estes sejam activados, pelo que uma baixa activação implica menor mobilização dos recursos existentes e, consequentemente, maior nível de stresse. Esta activação poderá, por sua vez, ser influenciada por estados de cansaço ou sonolência.

Mas a problemática do stresse percebido pelos alunos em ensino clínico, não se circunscreve ao processo supervisivo nem tão pouco constitui apenas e só uma preocupação nacional.

A sua abordagem tem merecido atenção um pouco por todo o mundo demonstrando a universalidade deste problema e a inquietação que gera em todos os actores nele intervenientes.

Um estudo realizado por Beck e Srivastava (1991), com uma amostra de 94 alunos de enfermagem, revelou que estes apresentavam altos níveis de stresse e que a prevalência de sintomas psiquiátricos era superior neste grupo aos da população em geral.

Apesar deste trabalho não se ter focalizado exclusivamente no ensino clínico, um dos principais factores de stresse identificado foi o ambiente criado pelos orientadores de estágio.

Um outro dado deste estudo diz respeito aos sentimentos de desilusão que parecem estar presentes nestes alunos fruto, de acordo com os autores, de concepções erradas sobre o papel da enfermagem. Assim, entre o desejo de ajudar os outros, factor que presidiu à escolha do curso, e o confronto com a realidade, os alunos parecem não estar preparados para enfrentar a complexidade de que se reveste a prática de enfermagem.

Para além de tudo isto, concluem que os elevados níveis de stresse experienciados durante a formação poderão contribuir para uma depreciação da sua prática enquanto profissionais.

Também Jones e Johnston (1997) demonstraram a existência de elevados níveis de stresse nos alunos do 1º ano do curso de enfermagem. Os resultados obtidos no estudo de coorte realizado, com avaliações do nível de stresse nas 24ª e 40ª semanas e que envolveu 220 alunos da Universidade de Dundee, na Escócia, revelaram que, na 24ª semana, o nível de stresse, em 67.9% dos alunos, era elevado e que, na 40ª semana, o mesmo se verificava em 50.5% dos alunos.

Nos dois grupos, os níveis de stresse mais baixos parecem estar relacionados com estratégias de *coping* directo, ao contrário dos níveis elevados que aparecem associados a estratégias de escape ou fuga, como os pensamentos fantasiosos e a hostilidade.

Os trabalhos realizados por Pagana (1988) e Wilson (1994) dão-nos conta dos elevados níveis de ansiedade experienciada pelos alunos, derivada do medo de cometer erros, cujas repercussões poderiam incidir, não só, no bem-estar do utente, mas também no seu percurso escolar. Para além desta fonte ansiogénica, Kleehammer, Hart e Keck (1990) já tinham descrito como causas de ansiedade a realização de procedimentos clínicos, o próprio equipamento hospitalar, a

interacção com os médicos, a falta de pontualidade e o sentir-se observado, questionado e avaliado pelo supervisor (Elliott, 2002).

Knight (1999) revela que, numa pesquisa liderada por Pamela Baldwin, os alunos de enfermagem apresentavam níveis de stresse durante o estágio superiores aos que apresentavam os enfermeiros durante o seu primeiro ano de trabalho. As dificuldades de relacionamento familiar, a autocrítica, as preocupações financeiras e o emprego em *part-time*, pareciam ser as principais causas do aumento do risco de problemas de saúde mental que, quando profissionais, parecem atenuar-se.

Admi (1997), ao procurar identificar o stresse percebido pelos alunos durante as primeiras experiências de ensino clínico em contexto hospitalar, desenvolveu uma escala com seis categorias onde se incluem os principais factores indutores de stresse que a seguir se descrevem: conhecimentos teóricos e práticas inadequadas, visões adversas e embaraçosas, supervisão apertada (*closed supervision*) pelos supervisores, recursos hospitalares insuficientes, o causar dor e sofrimento e o conflito entre o ensino e a realidade.

Neste estudo conclui-se da variabilidade dos níveis de stresse ao longo do decurso do ensino clínico, que se apresentam mais elevados antes e no início dos estágios do que no momento do seu *términus*, bem como nos alunos que não tinham nenhuma experiência clínica, em relação àqueles que já tinham alguma e da invariabilidade desses níveis em função da idade dos alunos.

Wongchai (2000) num estudo realizado em 1998, com 137 alunos do terceiro ano da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Chiang Mai, concluiu que o nível de stresse por eles percebido era moderado durante o ensino clínico, sendo este avaliado como um desafio. As estratégias de *coping* referidas como mais frequentemente utilizadas foram, por ordem decrescente: o suporte social (65.25%), o método de resolução de problemas (23.73%) e a aceitação de responsabilidades (8.47%).

Gwele e Uys (1998) verificaram a existência de diferenças significativas entre o nível de stresse percebido pelos alunos de enfermagem, de acordo com a organização curricular do curso que frequentavam. Assim, os alunos cujos estágios se iniciaram no primeiro ano e que decorriam em simultâneo com as

aulas, apresentaram níveis de stresse e sentimentos de ameaça e dano maiores que os alunos do curso em que o ensino clínico só teve início no segundo ano, percebendo estes o seu curso, mais como um desafio.

Os níveis de stresse parecem também alterar-se com o decorrer do curso, conforme constata Lo (2002) através do estudo que realizou na Austrália. Desta forma, os alunos do primeiro ano do curso de enfermagem experienciam níveis de stresse mais baixos que os do segundo ano e estes apresentam uma menor auto-estima quando comparados com os do terceiro ano. Identificaram-se também, correlações positivas, entre uma boa auto-estima e as estratégias proactivas de *coping* e entre uma baixa auto-estima e os comportamentos de evitamento.

O domínio das relações interpessoais também tem merecido atenção na abordagem desta problemática. Num estudo realizado com 104 alunos de enfermagem que desenvolveram um ensino clínico de seis a oito semanas, Mahat (1996) identificou a relação interpessoal, nomeadamente com os tutores, como sendo a situação que mais frequentemente (50%) é relatada como indutora de stresse, para além das experiências iniciais, do sentir-se desamparado ou sem recursos e das experiências humilhantes. A estratégia de *coping* mais utilizada foi o apoio social, entre outras, como a resolução do problema, o evitamento e a redução da tensão.

Ao procurar saber quais as principais fontes de stresse dos alunos de enfermagem, incluindo as experiências clínicas, Cavanagh e Snape (1997) reconheceram como muito indutor de stresse: o tempo insuficiente para realizar os trabalhos, o conciliar o estudo com as solicitações pessoais em casa e o estar perante situações de vida e morte.

Muito embora já fosse previsível a existência de múltiplas fontes de stresse no ensino clínico, os autores admitem que as relações interpessoais com os tutores e o ambiente de aprendizagem entre colegas podem igualmente revelar-se como indutoras de stresse.

Mais recentemente Shipton (2002), num estudo realizado com 16 alunos do bacharelato de enfermagem, enquadró as principais causas de stresse no ambiente relacional durante o ensino clínico, nas seguintes categorias:

- Actuação do orientador clínico, onde se inclui as avaliações, a espera pelo orientador, os comportamentos inadequados, os comportamentos instáveis e o sentir-se observado pelo professor;
- Actuação da equipa de enfermagem, onde se realçam as atitudes negativas, bem como as acções e os comentários de alguns enfermeiros que os alunos descreveram como humilhantes e desagradáveis denotando que, para além de não quererem ser incomodados, se aproveitavam do trabalho por eles desenvolvido dada a condição de alunos em que se encontravam;
- Actuação dos pares onde, podemos incluir, como muito stressante, a competição entre os alunos e a dependência e a formação de pequenos grupos entre colegas;
- Execução de procedimentos de enfermagem, incluindo-se nesta categoria a execução de novos procedimentos que os alunos consideraram como stressante e assustador, causando-lhes angustia, a fraca variedade de experiências proporcionadas, o desenvolvimento de competências técnicas e a necessidade de mais tempo de estágio no hospital;
- Preparação para a prestação de cuidados, onde se destaca o tempo dispendido com a elaboração de planos de cuidados e cartões de medicação, bem como o facto de, por vezes, investirem tempo num maior conhecimento do seu doente para melhor o cuidar e, imprevisivelmente, este ter tido alta, levando-os assim, à necessidade de prestarem cuidados a novos doentes que ainda não conheciam.
- Mudanças de ensino clínico, essencialmente devido ao medo do desconhecido, ao não saber o que os espera e ao terem de se habituar ao novo local de estágio.

Numa pesquisa que não se circunscreveu ao ensino clínico e que envolveu 77 alunos de enfermagem na Nigéria, O. Omigbodun, Onibokun, Yusuf, Odukogbe e A. Omigbodun (2004), também identificaram como factor indutor de stress os problemas relacionais durante o ensino clínico, para além dos problemas académicos, dos financeiros e da falta de actividades desportivas ou recreativas. A situação de morte de doentes, tão frequentemente relatada como

stressante, não foi mencionada por nenhum aluno desta amostra. Os autores consideram que tal facto poderá estar relacionado com a própria estruturação do curso que, ao contemplar mais tempo de formação em sala de aula do que em locais da prática, reduz o contacto com os doentes e com estas situações ou até mesmo com a própria cultura nigeriana, onde o tema da morte não é discutido abertamente.

São, como podemos constatar, múltiplas as fontes de stresse e inúmeras as variáveis em jogo, desde as relacionadas com a personalidade do indivíduo, com o próprio local de trabalho e sua equipa e com o comportamento do supervisor, o que aliado à diversidade das suas manifestações faz emergir a necessidade de formação do supervisor neste domínio, de modo a que este possua conhecimentos que lhe permitam, de forma efectiva e eficaz, corresponder às expectativas dos supervisandos e a um dos objectivos da supervisão: promover o apoio emocional aos sujeitos em formação.

A dialéctica entre “efeito produzido” e “efeito desejado” que parece existir no processo superviso, no que à interacção entre os actores diz respeito, pretende ser por nós explorada, no sentido de indagar a forma como o supervisor, enquanto pessoa mais experiente e com responsabilidades acrescidas, pode minimizar o efeito indesejado do stresse e maximizar o apoio emocional dos supervisandos, reforçando a sua qualidade de vida e tornando as experiências vividas significativas de um modo positivo.

Se é certo que não é de todo possível, e talvez nem mesmo desejável, anular todo o stresse experienciado em ensino clínico, uma vez que em situações intermédias o stresse pode constituir-se como uma força impulsionadora na tomada de decisão e na resolução de problemas, ajudando o indivíduo a melhorar o seu desempenho e as suas aptidões (Vaz Serra, 1999), talvez possamos, contudo, ajudar a minimizar os seus efeitos nocivos ao nível da aprendizagem, a sua influência negativa no sucesso académico e no bem-estar dos alunos.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I – METODOLOGIA GERAL

Após o enquadramento teórico, que nos proporcionou uma visão mais ampla e profunda da problemática em estudo, importa pois explicitar o método de estudo dando conta das nossas opções e decisões ao longo desta caminhada.

A investigação é tida como um processo complexo e delicado, obedecendo a uma faseologia que se inicia com uma grande questão que traduz uma preocupação do investigador e para a qual não se encontra explicação (Ribeiro, 1999). Assim, nesta parte do trabalho, pretendemos dar a conhecer a metodologia por nós adoptada para a consecução da pesquisa que nos propusemos realizar. Entendendo-se por método de investigação as “técnicas e práticas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados” (Ribeiro, 1999, p. 41 reportando-se a Bowling, 1998).

Em função das questões em estudo optámos, na nossa pesquisa, por uma metodologia de cariz quantitativo e qualitativo com o intuito de enriquecer o estudo com as mais-valias que ambos os métodos configuram isto é, poder obter dados que possibilitem uma explicação sobre a relação entre as variáveis, e outros que possibilitem aceder às preocupações individuais, de modo a melhor as compreender (Fortin, 2000).

1 - TIPO DE ESTUDO

De acordo com os objectivos da pesquisa que desenvolvemos, considerámos o nosso estudo como descritivo-correlacional, uma vez procurarmos obter informação sobre a população em causa, explorar relações entre as variáveis, sem contudo as manipular e, se existirem, descrevê-las. Será também transversal, dado que a recolha de dados se efectuou num único momento (Fortin, 2000).

2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

A questão de investigação reveste-se de particular importância numa pesquisa científica. É a partir dela que se definem os objectivos e se constroem as hipóteses (Ribeiro, 1999).

No nosso estudo começamos por levantar a seguinte questão:

- Como é que os alunos de enfermagem percebem o contributo do Supervisor, na gestão do stresse por eles vivenciado, em contexto de aprendizagem clínica?

Em torno desta questão, que se transformou no objectivo geral do estudo, outras surgiram com o intuito de melhor aprofundar a problemática em causa e que se revelaram como nossos objectivos específicos:

1. Qual o nível de stresse experienciado e percebido pelos alunos de enfermagem, durante o ensino clínico?
2. O stresse percebido pelos alunos durante o ensino clínico varia em função do género?
3. O stresse percebido pelos alunos durante o ensino clínico varia em função da idade?
4. O stresse percebido pelos alunos durante o ensino clínico é diferente de acordo com as pessoas com quem habitam?
5. A forma como os alunos avaliam o seu estado de saúde e o seu sucesso académico interfere na percepção do stresse?
6. A forma como os alunos avaliam a exposição ao stresse durante o ensino clínico influencia a percepção de stresse?
7. A percepção do impacto negativo do stresse no seu bem-estar influencia a percepção de stresse?
8. Durante o ensino clínico quais são as situações que mais stresse induzem nos alunos?
9. A quem recorrem para os ajudar nessas situações identificadas como potencialmente indutoras de stresse?
10. Que mecanismos ou estratégias de ajuda os alunos identificam como facilitadoras da minimização das situações indutoras de stresse?

Com o intuito de obter respostas a algumas destas questões, isto é, de cumprir com os nossos objectivos específicos, formulámos as seguintes hipóteses que, mais não são do que proposições, que de acordo com Quivy e Campenhoudt (1998) procuram estabelecer inter-relações entre diferentes variáveis, que podem ser conceitos ou fenómenos, e que carecem de verificação:

H₁ - O stresse percebido pelos alunos varia de acordo com o género;

H₂ - A idade dos alunos influencia o stresse por eles percebido;

H₃ - O stresse percebido pelos alunos é diferente em função das pessoas com quem habitam.

O stresse percebido pelos alunos difere de acordo com a percepção:

H₄ - Do seu estado de saúde no ano anterior ao início do ensino clínico;

H₅ - Do seu sucesso académico;

H₆ - Da sua exposição ao stresse no ambiente clínico;

H₇ - Do impacto negativo do stresse no seu bem-estar.

VARIÁVEIS EM ESTUDO

Atendendo ao carácter descritivo-correlacional do nosso estudo e, de acordo com Fortin (2000), a terminologia variável dependente e variável independente não se aplica. Contudo, em termos estatísticos, as variáveis devem ser caracterizadas, quer ao nível da mensuração, quer ao nível da relação de dependência analítica. Esta obrigatoriedade passa pela necessidade da escolha dos testes estatísticos a aplicar.

Deste modo, e de acordo com os objectivos da nossa pesquisa, definimos como variável dependente o nível de stresse percebido pelos alunos, operacionalizado através da *Short Form Stress Scale* (SFSS) que oportunamente pormenorizaremos.

Como variáveis independentes, considerámos alguns factores intrínsecos aos indivíduos como: o género, a percepção que têm do seu estado de saúde, do seu sucesso académico, do nível de exposição ao stresse e do impacto negativo deste sobre o bem-estar de cada um.

Relativamente à idade, como os testes a efectuar são de correlação, não

somos obrigados a definir a natureza da variável, contudo, porque o stresse pode ser influenciado pela idade, mas esta não varia em função do stresse, classificámo-la como independente.

A operacionalização destas variáveis foi efectuada através das questões constantes no instrumento de colheita de dados.

3 - ESTUDO PILOTO

Tendo em conta que o instrumento de colheita de dados foi por nós construído, nele incluindo uma escala não validada para a população portuguesa, entendemos ser indispensável a realização de um estudo piloto.

Com este estudo, pretendíamos consolidar dados acerca do instrumento utilizado, aferir a exequibilidade e pertinência do estudo face aos seus objectivos, e iniciar a construção dos alicerces do processo de análise dos dados da pesquisa principal, pelo que apresentamos, não só a metodologia adoptada, como também os resultados obtidos.

3.1 – Amostra

A selecção da amostra para o estudo piloto não obedeceu a critérios probabilísticos, mas sim de conveniência, uma vez apenas se pretender avaliar o instrumento de recolha de dados.

Procurámos ter na sua constituição alunos, de ambos os géneros, com diferentes experiências de supervisão no ensino clínico que se encontram a desenvolver, inserido no 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na escola onde incide o nosso estudo.

Com a colaboração de uma docente da escola, responsável por um ensino clínico, os alunos foram informados da nossa pretensão, tendo-se verificado um agrado geral face ao problema em estudo. De entre os voluntários, foram seleccionados alguns de acordo com os dois critérios já mencionados.

A amostra foi constituída por 10 alunos, maioritariamente do género feminino e com uma média etária, aproximadamente de 21 anos.

3.2 – Procedimentos do Estudo Piloto

Por razões que se prendem com a disponibilidade dos elementos da amostra e do próprio investigador, com a acessibilidade deste à amostra e com a estratégia de observação de comportamentos não verbais, exibidos pelos alunos durante o preenchimento do questionário, previamente considerada pelo investigador, a recolha de dados fez-se em dois momentos distintos, um a 19/11/04 com 6 alunos e o outro a 26/11/04 com 4 alunos.

Em ambos os momentos, foi novamente dada informação sobre a pesquisa e seus objectivos e reforçada a ideia da importância do seu contributo para a validação do instrumento em questão.

Informámos, ainda, os participantes que poderiam solicitar qualquer esclarecimento e/ou colocar dúvidas, que seriam por nós registados em grelha própria e mais tarde alvo de maior discussão, por todos os intervenientes.

O tempo mínimo para o preenchimento do instrumento de recolha de dados foi de 14 minutos, verificado no 2º momento, e o máximo de 28 minutos, ocorrido no 1º momento da recolha, pelo que o tempo médio foi de 21 minutos.

3.2.1 - Método da Reflexão Falada

Após o preenchimento do instrumento de colheita de dados seguiu-se, tal como tínhamos previamente planeado e informado os elementos da amostra, uma reflexão alargada, através do método da reflexão falada, com o intuito de testar a compreensão e a pertinência das perguntas, a clareza das instruções e a adequação da escala.

Para a realização deste procedimento elaboramos uma grelha de suporte constituída por três partes (Anexo 1).

- Uma destinada ao registo de comportamentos verbais, como dúvidas, pedidos de esclarecimento, expressões de discordância e falta de pertinência de alguma pergunta;
- Outra, referente ao registo de comportamentos não verbais, como expressões faciais de desagrado perante o primeiro contacto com o instrumento, quando verificavam o seu tamanho ou de tédio durante o seu preenchimento, para além de expressões de concordância ou discordância perante algumas perguntas.
- A última parte foi reservada ao registo de notas complementares.

Procurámos, desta forma, aferir se a comunicação verbal era coincidente ou não com a não verbal, reduzindo assim o nosso possível erro interpretativo.

Conforme já referimos, os dados foram recolhidos em dois momentos diferentes, sendo um dos motivos desta estratégia, a necessidade de observação dos comportamentos não verbais, impossível de concretizar se fossem muitos os elementos a observar, pelo que nos posicionámos em frente dos elementos da amostra, durante o preenchimento do instrumento.

As sessões de reflexão tiveram uma duração de 28 e 13 minutos, respectivamente, no primeiro e segundo momentos de recolha dos dados.

No que respeita aos comportamentos não verbais, nenhum dos alunos demonstrou desagrado no primeiro contacto com o instrumento, nem quando verificou o seu tamanho, tão pouco nos foi dado observar atitudes que indiciassem tédio ou aborrecimento durante o preenchimento do mesmo.

Das expressões faciais de concordância e satisfação registámos três, das quais duas ocorreram no primeiro momento e uma no segundo, respectivamente, perante a leitura do enunciado da pergunta 48, da subescala 3 e da subescala 5, todos constantes da Parte I do instrumento de recolha.

Relativamente às dúvidas e aos pedidos de esclarecimento veiculados oralmente, estes incidiram sobre as perguntas:

- Nº 5 da Parte I - Com pedido de esclarecimento sobre o que se deveria considerar como “habitualmente”, uma vez que alguns alunos, para frequentar o curso, já não se encontram na sua residência habitual. Dado que a questão foi colocada por alunos em ambas as sessões optámos,

por introduzir uma nova questão relativa à residência durante o curso, que nos permita avaliar se os alunos, durante os períodos de estágio, se afastam do seu meio ambiente.

- Nº 7 da Parte I - Foi solicitada a clarificação quanto à inclusão dos trabalhos teóricos durante os períodos de estágio. Dada a pertinência da observação, que foi levantada nas duas sessões, entendemos por bem colocar na nota introdutória a informação de que o estágio é constituído por todo o trabalho nele desenvolvido, seja de natureza teórica, seja de natureza prática.
- Nº 13 da Parte I - Foi colocada a dúvida por dois alunos sobre a expressão “ao longo do último ano” e sugerida a sua substituição por “no ano anterior ao início do estágio”; como não altera o sentido da questão, aceitámos a sugestão.
- Nº 3 da Parte II - Surgiu alguma confusão com os números da questão anterior pelo que esta questão foi reformulada, adoptando-se outro esquema de resposta.
- Nº 8 da Parte II - Foi levantada a dúvida se, perante uma resposta negativa a esta pergunta, teriam de responder à pergunta 8.2. Apesar de nos parecer clara a indicação dada, entendemos alterar o número da pergunta 8.2 que ficou com o número 9, com o objectivo de não suscitar qualquer tipo de dúvida.

Foi ainda questionado se, a Parte I do instrumento, se reportava a um ou mais estágios. De modo a clarificar esta questão, introduzimos um pequeno enunciado, remetendo os alunos para uma apreciação global da sua experiência em todos os estágios.

Detectámos, na Parte II do instrumento, que seria válida a introdução de uma nova questão, relativa ao momento do estágio em que ocorreu a situação stressante narrada, pelo que acrescentámos uma pergunta que nos elucidasse sobre a fase do estágio: início, meio ou fim, em que ela se tinha verificado. Esta pergunta surgiu-nos, durante a primeira sessão, quando fomos confrontados com expressões como “ainda não conhecíamos bem a orientadora” ou “foi logo no primeiro dia”.

Mercê do nosso conhecimento contextual relativo às experiências de supervisão em questão, e sabendo que na nossa amostra existiam elementos que tinham tido experiências diferentes de supervisão, e após o tratamento dos dados, verificámos a existência de alguma dificuldade em distinguir as diferentes opções apresentadas na pergunta 5 da Parte II, pelo que entendemos reformulá-la, reforçando a sua terminologia relativa ao Tutor e Orientador Pedagógico, acrescentando-lhes o termo “serviço”.

De uma forma global, o recurso ao método de reflexão falada revelou-se de extrema importância em diferentes domínios.

Se no início apenas pretendíamos avaliar a clareza, a compreensão semântica e a adequação do instrumento de colheita de dados, no seu término ficamos com a certeza da importância do estudo.

As expressões de satisfação, o nível de participação e o interesse manifestado pelos alunos, relativamente ao domínio da pesquisa e ao recurso à narrativa de uma situação vivida, leva-nos a considerar válido o estudo do problema a partir das suas próprias palavras, a acreditar ser pertinente o problema levantado, e emergente a sensibilização de todos os actores envolvidos no processo supervisivo, para a importância que o mesmo parece ter para aqueles que detêm o papel principal – os alunos.

3.3 - Análise de Dados

Com o intuito de proceder à análise dos dados e atendendo ao seu carácter qualitativo e quantitativo, iniciámos o seu tratamento atribuindo um nº de ordem a cada questionário compreendido entre 001 e 010 inclusive, a que se seguiu a codificação dos mesmos.

Os dados quantitativos foram tratados informaticamente com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 11,5 para Windows, tendo sido calculados os valores de medida de tendência central e de dispersão. A análise inferencial não foi efectuada, dado o tamanho da amostra não o permitir.

Para os dados de pendor qualitativo, optámos pela análise de conteúdo, que oportunamente aprofundaremos, iniciando-se este processo com uma leitura flutuante das situações narradas, de modo a obter uma visão geral do seu conteúdo (Bardin, 2004).

De acordo com este primeiro contacto com os dados, e apoiados na pesquisa bibliográfica, elaborámos uma listagem de temas predominantes.

Procedemos de seguida à fragmentação das narrativas evidenciando-se, desta forma, as unidades de registo que, posteriormente, foram agrupadas em subcategorias, e estas em categorias de acordo com a afinidade temática, realizando-se no final a sua contagem frequencial.

4 - POPULAÇÃO / AMOSTRA

Como refere Ribeiro (1999), reportando-se a Miaoulis e Michener (1976), por população entende-se “a totalidade das observações pertinentes que podem ser feitas num dado problema” e por amostra “um subgrupo de população (...) seleccionado para obter informações relativas às características dessa população”(p. 52).

Neste sentido, e tendo em conta que o nosso estudo incidiu apenas nos alunos de uma Escola Superior de Enfermagem, a nossa população foi constituída por todos os alunos de enfermagem que se encontravam a desenvolver o ensino clínico e a nossa amostra foi seleccionada tendo como critérios de inclusão:

Os alunos que frequentam o ano em que tem início o ensino clínico que, de acordo com o plano de estudos da escola em análise, é no 3º ano;

- Terem alguma experiências em contexto clínico, pelo que efectuámos a recolha de dados durante o quinto momento de estágio.

Na escolha destes critérios estiveram razões que se prendem com facto de estarmos convictos que, dada a grande valorização do ensino clínico pelos alunos, as suas expectativas são elevadas, pelo que os primeiros confrontos com a realidade, poderão não corresponder ao esperado, transformando assim esta experiência de aprendizagem em algo stressante. Por outro lado, o desconhecido também se pode constituir, de acordo com a literatura consultada, como um factor

susceptível de induzir stresse, pelo que considerámos importante efectuar a recolha de dados num momento em que os alunos tenham já algumas experiências de ensino clínico, sobre as quais pudessem ajuizar acerca do seu poder indutor de stresse, mas também, que essas experiências fossem relativamente recentes ao ponto de a memória e o seu efeito não se terem diluído no tempo.

Como critérios de exclusão, apenas colocámos o não cumprimento dos critérios de inclusão e dos 189 sujeitos que reuniam as nossas condições para integrar este estudo responderam ao questionário e, como tal, constituíram a nossa amostra 159 alunos, maioritariamente do género feminino e com uma idade média aproximada de 21 anos.

A amostra assim constituída é do tipo não probabilística, uma vez a escolha da escola se basear em critérios de acessibilidade, o momento da recolha de dados, em critérios de racionalidade e o grupo de inquiridos todos os que quisessem colaborar no estudo.

5 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Atendendo ao desenho do estudo e à natureza qualitativa e quantitativa da informação que pretendíamos obter, o instrumento de recolha de dados do nosso estudo foi o questionário, tido por Quivy e Campenhoudt (1998) como o instrumento especialmente indicado para estudos que versem sobre os conhecimentos de uma população ou a análise de um fenómeno social.

O questionário utilizado era constituído por duas partes, precedidas por uma *nota introdutória* onde, para além da apresentação do investigador, se dava conta do âmbito e objectivo do estudo, se assegurava o anonimato e sigilo das respostas e se solicitava e agradecia a colaboração dos alunos no seu preenchimento (Anexo 2).

Da primeira parte constavam dezassete questões que visavam a obtenção de dados para caracterizar a amostra, algumas variáveis independentes e uma escala para avaliar o stresse percebido pelos alunos durante o ensino clínico.

As questões iniciais eram, na sua maioria, do tipo fechadas e dicotómicas de alternativa Não/Sim exceptuando-se as questões relativas a:

- Idade e número de filhos, que eram do tipo abertas;
- Percepção do seu estado de saúde, no ano anterior ao início do ensino clínico e percepção do seu sucesso académico, que eram do tipo *likert* com cinco níveis de resposta entre 1 (Fraco) a 5 (Excelente).
- Percepção do nível de stresse a que se sentem expostos durante o ensino clínico e percepção do impacto negativo do stresse no seu bem-estar, que também eram do tipo *likert*, com cinco hipóteses de resposta de 1 (Nenhum) a 5 (Muito).

As quatro últimas questões, conjuntamente com a idade e o género constituíram as variáveis independentes da nossa pesquisa.

A escala para avaliar o stresse percebido pelos alunos, da autoria de Munson (2002), é designada por *Short Form Stress Scale* (SFSS) e a opção por este instrumento prendeu-se com o facto de nele constarem múltiplos aspectos que, na nossa opinião e em múltiplos estudos sobre o tema, podem constituir-se como indutores de stresse num indivíduo em contexto de trabalho.

Sendo a versão original desta escala em Inglês, procedeu-se à sua tradução para a língua portuguesa, efectuada por uma professora portuguesa de Língua Inglesa, com experiência de ensino nos Estados Unidos da América, após ter tomado conhecimento, dos objectivos da referida escala.

A tradução foi por nós, e pelas nossas orientadoras, adaptada ao contexto de ensino clínico, dado que, por vezes, se evidencia a necessidade de ajustar o texto ao sentido da frase traduzida, de modo a que se mantenha (tanto quanto possível) o seu sentido original (Ribeiro, 1999).

A tradução e adequação deste instrumento foram ainda avaliadas através do método da reflexão falada, conforme demos conta no estudo piloto.

Esta escala é constituída por cinco subescalas, cada uma contendo dez questões, todas elas com cinco hipóteses de resposta, correspondendo a cada uma um valor numérico: 1 (Nunca), 2 (Raramente), 3 (Às vezes), 4 (Frequentemente) e 5 (Sempre).

A primeira subescala avalia os sintomas de stresse (SS), a segunda o envolvimento em actividades não saudáveis (ANS), a terceira o desempenho no trabalho (DT), a quarta as atitudes adoptadas no trabalho (AT) e a quinta o ambiente de trabalho (AMT).

Os *scores* obtidos em cada subescala estão compreendidos entre um mínimo de 10 e um máximo de 50 e correspondem ao somatório dos valores numéricos atribuídos a todas as respostas. As categorias de interpretação dos valores obtidos são, de acordo com o autor, as constantes no quadro 1.

Quadro 1 - Categorias das subescalas

Nível de Stresse	Intervalos de valores
Baixo	10 – 20
Médio	21 – 30
Elevado em Grau Moderado	31 – 35
Elevado em Grau Severo	36 - 50

O *score* total da escala de stresse (TSS) resulta do somatório dos valores obtidos em cada subescala e, tal como anteriormente, foram categorizados de acordo com o exposto no quadro 2.

Quadro 2 - Categorias do total do nível de stresse (TSS)

Total do Nível de Stresse	Intervalos de valores
Baixo	50 – 80
Médio	81 – 120
Moderado	121 – 140
Elevado em Grau Moderado	141 - 175
Elevado	176 - 190
Perigoso	191 - 250

A segunda parte do questionário foi constituída por uma narrativa, onde se solicitava aos alunos que descrevessem uma situação por eles vivenciada durante o ensino clínico e que lhes tivesse originado stresse. Nessa narrativa solicitávamos que descrevessem o que tinha acontecido, como tinha ocorrido, quem tinham sido os intervenientes e como se tinham sentido. Desta forma possibilitámos aos alunos pensarem sobre o que queriam partilhar, clarificando-se ainda o que se desejava que escrevessem (Streubert e Carpenter, 2002).

Ainda nesta parte, constavam seis questões do tipo “fechadas” e uma do tipo “aberta” que nos permitem melhor caracterizar a situação narrada e mais quatro questões, também do tipo “abertas” onde procurámos aceder à percepção dos alunos sobre a ajuda promovida por outras pessoas naquela situação, nomeadamente o supervisor, bem como as suas opiniões sobre como gostariam de ser ajudados.

Uma das questões fechadas visava saber quem era o supervisor. Para tal colocámos três possibilidades de resposta: professor - docente da escola de origem dos alunos, por eles conhecido e que, por vezes, é responsável pela supervisão de alunos em diferentes ensinos clínicos; tutor - enfermeiro do serviço onde se desenvolve o ensino clínico, pelo que os alunos só o conhecem no seu início e que, normalmente, tem a responsabilidade da supervisão de um aluno apenas; e orientador pedagógico - enfermeiro do serviço onde se desenrola o ensino clínico, responsável pela supervisão de um grupo de alunos que, normalmente, só conhece quando se inicia o ensino clínico.

Por fim, colocámos uma questão aberta onde os alunos tinham a oportunidade de tecer qualquer comentário, sugestão e/ou observação.

5.1 – Análise da Consistência Interna da Escala de Stresse (SFSS)

No sentido de avaliarmos a fidelidade da escala de stresse utilizada, compreendida como “a extensão em que as diferenças individuais na realização do teste são atribuíveis a diferenças “verdadeiras” ou reais, das características avaliadas”, procedemos ao estudo da sua consistência interna através do cálculo

das correlações item-total e o Coeficiente Alpha de Cronbach (α) (Ribeiro, 1999, p.112).

Tido como o método de análise, mais adequado para escalas do tipo *likert*, como é o nosso caso, o coeficiente de Alpha de Cronbach pode assumir valores entre 0 e 1, considerando o autor que uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, mas que valores de α de 0,60 são, no entanto, aceitáveis.

Os resultados apresentados nos quadros 3 e 4, referentes à SFSS, permitem-nos constatar que em todas as subescalas os itens se correlacionam positivamente com o total, à excepção do item 30 (Sente que os doentes na realidade não querem mudar), sendo significativos ($p < 0.05$) os que apresentam valor absoluto superior a 0.16, contudo optámos pela sua não exclusão uma vez que o valor de α global, não sofreria alterações significativas.

O valor de Alpha de Cronbach da SFSS verificado neste estudo foi de 0.850, apresentando valores, nas suas cinco subescalas, compreendidos entre 0.580 (Actividades Não Saudáveis) e 0.789 (Atitudes no Trabalho), pelo que podemos considerar que a consistência interna desta escala é, no seu global, elevada.

Quadro 3 - Consistência interna da escala SFSS

Subescalas	Sintomas de stresse		Actividades não saudáveis		Desempenho no Trabalho	
Item	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
01	+0.36	0.751				
02	+0.22	0.768				
03	+0.33	0.756				
04	+0.38	0.748				
05	+0.45	0.740				
06	+0.51	0.730				
07	+0.35	0.752				
08	+0.58	0.721				
09	+0.52	0.729				
10	+0.56	0.728				
11			+0.19	0.569		
12			+0.21	0.572		
13			+0.20	0.571		
14			+0.28	0.549		
15			+0.01	0.611		
16			+0.46	0.497		
17			+0.51	0.495		
18			+0.39	0.524		
19			+0.30	0.544		
20			+0.18	0.587		
21					+0.28	0.637
22					+0.32	0.628
23					+0.42	0.604
24					+0.50	0.591
25					+0.40	0.610

26					+0.20	0.654
27					+0.28	0.636
28					+0.35	0.621
29					+0.18	0.650
30					+0.23	0.647
α Total	0.763		0.580		0.653	

Quadro 4 - Consistência interna da escala SFSS (cont)

Subescalas	Atitudes no Trabalho		Ambiente de Trabalho		Global	
Item	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado	Correlação item-total	α se o item fosse eliminado
01					+0.24	0.848
02					+0.28	0.847
03					+0.20	0.849
04					+0.29	0.847
05					+0.44	0.844
06					+0.44	0.844
07					+0.26	0.848
08					+0.46	0.844
09					+0.50	0.843
10					+0.47	0.844
11					+0.20	0.849
12					+0.08	0.852
13					+0.11	0.850
14					+0.17	0.850
15					+0.08	0.851
16					+0.29	0.847
17					+0.39	0.845
18					+0.39	0.845
19					+0.31	0.847
20					+0.18	0.850
21					+0.30	0.847
22					+0.10	0.850
23					+0.35	0.846
24					+0.36	0.846
25					+0.26	0.848
26					+0.17	0.849
27					+0.26	0.848
28					+0.10	0.850
29					+0.05	0.850
30					-0.07	0.853
31	+0.61	0.753			+0.48	0.844
32	+0.54	0.760			+0.55	0.842
33	+0.56	0.758			+0.53	0.843
34	+0.44	0.773			+0.55	0.842
35	+0.53	0.762			+0.31	0.847
36	+0.52	0.763			+0.42	0.844
37	+0.51	0.764			+0.46	0.844
38	+0.13	0.808			+0.22	0.848
39	+0.35	0.782			+0.30	0.847
40	+0.43	0.775			+0.40	0.845
41			+0.44	0.559	+0.42	0.845
42			+0.38	0.573	+0.35	0.846
43			+0.47	0.547	+0.45	0.844
44			+0.25	0.588	+0.31	0.847
45			+0.15	0.7381	+0.16	0.863
46			+0.36	0.570	+0.51	0.843
47			+0.32	0.575	+0.42	0.844
48			+0.40	0.562	+0.26	0.848
49			+0.35	0.575	+0.29	0.847
50			+0.39	0.570	+0.34	0.846
α Total	0.789		0.608		0.850	

6 - PROCEDIMENTOS

Tendo em conta os aspectos éticos que devem presidir a um estudo de investigação, julgamos pertinente referir os procedimentos que identificámos como necessários e imprescindíveis à sua realização.

Assim, requeremos autorização ao Excelentíssimo Senhor Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem onde incide a nossa pesquisa, para proceder à recolha de dados relativos aos alunos dessa instituição (Anexo 3).

Mediante o deferimento do pedido realizado, solicitámos aos alunos, que constituíram a nossa amostra, a sua colaboração, não sem antes os informar do âmbito, natureza e objectivos do estudo, do carácter anónimo de que se revestem os dados fornecidos, bem como da sua participação voluntária no estudo conforme já referido anteriormente. Pretendeu-se, assim, que a decisão da sua participação fosse informada e, portanto, consciente e baseada na sua livre vontade. Foi ainda requerida e concedida a autorização para a utilização da SFSS (Anexo 4).

Os dados foram recolhidos a quatro de Março de 2005, estando os alunos repartidos por sete salas.

7 - ANÁLISE DE DADOS

Terminada a recolha dos dados inicia-se o seu tratamento e análise que, dada a sua natureza quantitativa e qualitativa, obedeceu a estas características.

Nesta perspectiva, os dados recolhidos de cariz quantitativo foram objecto de tratamento estatístico, descritivo e inferencial, e os de pendor qualitativo foram analisados através da análise de conteúdo.

7.1 – Análise Estatística

Na análise de dados quantitativos recorreremos à estatística descritiva, com o

cálculo de medidas de tendência central e de dispersão como o Desvio Padrão.

Para testar as proposições, anteriormente referidas, utilizámos a estatística inferencial, nomeadamente o Teste *t* de *Student* para cálculo de diferença de médias com um nível de significância de $p < 0.05$. e em termos de estatística correlacional utilizámos os teste de Alpha de Cronbach e o *r* de *Pearson*, com igual nível de significância.

O programa estatístico utilizado foi, tal como no estudo piloto, o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 11,5 para Windows.

No tratamento dos dados, os arredondamentos aritméticos foram efectuados automaticamente pelo programa referido pelo que, por vezes, o total excede ou fica aquém dos 100%, contudo, o seu arredondamento é sempre de 100%.

7.2 – Análise de Conteúdo

Para o tratamento dos dados de cariz qualitativo utilizámos o método de análise de conteúdo uma vez que, esta metodologia nos permite o tratamento metódico das informações fornecidas pelos alunos de carácter algo profundo e complexo, obtidas através da narrativa e das questões abertas (Quivy & Campenhoudt, 1998).

De acordo com Bardin (2004, p.37) a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”, possibilitando-nos assim, objectivar mais a leitura subjectiva daquilo que nos foi narrado. Pretendemos, desta forma, compreender melhor algumas vivências dos alunos percebidas como stressantes, durante o ensino clínico, bem como as respostas que as mesmas desencadeiam, para além de procurarmos aceder à percepção que os alunos têm do supervisor, no domínio do apoio e suporte emocional, enquanto objectivos da supervisão.

Iniciámos este percurso metodológico, de acordo com autora citada, com a organização de todo o material recolhido, atribuindo a cada questionário um

código que designámos número de ordem, a que se seguiu uma leitura flutuante para cada questão. Este contacto inicial com os textos possibilitou-nos uma visão mais abrangente dos conteúdos narrados, orientando-nos na sua posterior análise.

Após as sucessivas e exaustivas leituras das respostas dos alunos e, sustentados no quadro teórico, definimos para a narrativa uma matriz temática com duas áreas: **Situações indutoras de stresse** e **Respostas ao stresse**. Tal necessidade não se verificou para as outras questões abertas, uma vez estas já direccionarem os alunos para o tema da resposta pretendida.

Ao prosseguirmos com o recorte dos enunciados, foram emergindo as unidades de registo, que permitiram a classificação dos elementos constituintes desses excertos por diferenciação, e posteriormente o seu reagrupamento de acordo com a analogia evidenciada. Surgiram, assim, as categorias de análise que, nalguns casos, fizeram despontar subcategorias, descriminando-se um pouco mais aspectos tidos como relevantes para o estudo. Por fim procedeu-se à contagem frequencial das subcategorias e categorias.

Este procedimento, é referido por Bardin (2004) como exploratório, uma vez que o quadro de análise não está definido, iniciando-se o processo pela colocação em evidência de partes do texto.

Para a área temática da narrativa designada por **Respostas ao stresse** e para a questão aberta relativa à forma de ajuda promovida pelo supervisor, adoptámos, segundo a autora, um procedimento fechado para a sua análise, isto é, partimos de um quadro teórico de referência pré-estabelecido e enquadrámos nele as respostas obtidas.

Para os comentários/sugestões/observações finais que solicitávamos aos alunos, a sua primeira leitura deu-nos conta da enorme abrangência das respostas, pelo que optámos por referir apenas os aspectos que lhes estavam subjacentes e não uma análise mais profunda, cujo teor transcenderia o âmbito do nosso estudo e cuja exequibilidade seria, no mínimo, duvidosa dado os limites temporais que dispomos para a realização e consecução desta pesquisa.

Os resultados obtidos através desta metodologia foram alvo de análise e validação por um júri constituído por três juízes, onde se obteve 90% de concordância, conforme preconizado por Krippendorff (1980).

CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo apresentaremos os resultados da análise dos dados obtidos. O capítulo encontra-se organizado em dois subcapítulos.

No primeiro subcapítulo, apresentaremos os resultados do estudo piloto e, no segundo, os referentes ao estudo principal. Em ambos os casos, apresentam-se em primeiro lugar os resultados obtidos através da primeira parte do questionário, a que se segue os da segunda parte, em conformidade com a análise de que foram alvo.

Para uma melhor visualização e compreensão dos resultados, estes serão ilustrados com o recurso a quadros e gráficos. A fonte e a data serão omissas, uma vez já terem sido referidas anteriormente neste trabalho.

1 – RESULTADOS DO ESTUDO PILOTO

Iniciámos esta análise pelos dados obtidos às perguntas que visavam a caracterização da amostra e de algumas variáveis independentes, seguindo-se a análise dos dados obtidos relacionados com a situação indutora de stresse.

1.1 – Caracterização Sócio-demográfica

Conforme já referimos anteriormente, a nossa amostra foi, constituída por 10 alunos, na sua maioria, 70% (7), do género feminino e 30% (3) do género masculino.

A média de idades situou-se nos 21.2 anos com um desvio padrão de 2.1 anos.

Relativamente ao estado civil e número de filhos, todos os inquiridos, 100%, eram solteiros e sem filhos.

No que respeita à residência, verificou-se que 70% (7) dos alunos durante o período de estágio mantêm a residência habitual. Dos inquiridos, 50% (5) reside com amigos ou colegas e os restantes 50% (5) reside com a família.

1.2 – Stresse; Estado de Saúde e Sucesso Académico

A maioria dos alunos, 70 % (7), considera que o trabalho que desenvolve durante o estágio é stressante, provocando em 70 % (7) dos respondentes perturbações físicas e em 50 % (5) perturbações psicológicas.

Apesar disso, 90 % (9) dos alunos referem nunca ter pensado abandonar o curso devido ao stresse, 100 % (10) não estar arrependido de ter escolhido um curso de cariz social e 100 % (10) também admite ter discutido o seu trabalho durante os estágios com amigos, companheiro e/ou família.

Relativamente à percepção que têm do seu estado de saúde ao longo do último ano, 60 % (6) referem ter sido bom, 20 % (2) muito bom e 20 % (2) razoável.

O sucesso académico foi avaliado por 60 % (6) dos alunos como bom e 40 % (4) como razoável.

O stresse a que estão sujeitos durante os períodos de estágio é, por 60 % (6) dos alunos, considerado como médio e por 40 % (4) sentido como moderado.

Já relativamente ao impacto negativo do stresse no seu bem-estar, 40 % (4) dos alunos referiram ser baixo, 30 % (3) médio, 20 % (2) moderado e 10 % (1) muito.

1.3 - Nível de Stresse

No quadro 5 apresentamos as medidas de resumo calculadas para a variável dependente **Nível de Stresse** avaliada pela SFSS, constituída pelas suas cinco subescalas.

Verificamos que na subescala relativa aos **Sintomas de Stresse** o valor

mínimo obtido foi de 14 valores e o máximo de 31. A média situou-se nos 23,10 valores, a mediana foi de 23,50 e o desvio padrão foi de 4,77 valores.

Os itens assinalados com menos pontuação foram, com 16 valores ambos, *Ataques de choro e Cãibras*.

O item assinalado com maior pontuação foi, com 32 valores, *Tensão muscular*.

Relativamente à subescala **Actividades Não Saudáveis**, o valor mínimo obtido foi de 17 valores e o máximo de 32. A média localizou-se nos 26.80, com desvio padrão de 4.32 valores. A mediana foi de 27.00 valores.

O item *Consome estupefacientes*, foi o que obteve menor pontuação (10), e o que obteve maior pontuação foi *Faz as refeições à pressa*, com 41 valores.

No que respeita à subescala **Desempenho no Trabalho**, o valor mínimo verificado foi de 12 valores e o máximo de 23 valores. O valor médio foi de 16.70 com desvio padrão de 3.77 valores. A mediana situou-se nos 16.50 valores.

O item menos pontuado foi *Evita ajudar doentes com problemas especiais*, com 11 valores, e o que obteve maior valor (24) foi *Sente que os doentes constroem os seus próprios problemas*.

Relativamente à subescala **Atitudes no Trabalho**, o valor mínimo obtido foi de 14 valores e o máximo de 29. A média localizou-se nos 23.00, com desvio padrão de 4.45 valores. A mediana foi de 23.00 valores.

O item *Penso que o melhor é evitar os meus colegas de estágio* foi onde se verificou o valor mais baixo (13), ao contrário do item *Trabalho para além do horário ou levo trabalho para casa*, que obteve a maior pontuação, 38 valores.

O **Ambiente de Trabalho**, no total da subescala, obteve uma pontuação mínima de 13 valores e máxima de 38 valores. O valor médio foi de 22.70 valores, com desvio padrão de 7.23 valores. A mediana localizou-se nos 21.50 valores.

O item *Detesto ir estagiar*, foi o que obteve menor pontuação (15), e o que obteve maior pontuação foi *O trabalho burocrático é excessivo*, com 32 valores.

Em relação ao total obtido através da SFSS (TSS), o valor mínimo verificado foi de 84 valores e o máximo de 147 valores. A média calculada foi 112.30 valores, com desvio padrão de 18.14 valores. A mediana localizou-se nos 109.50 valores.

A subescala onde foi obtida maior pontuação foi **Ambiente de Trabalho** com 38 valores e a que revelou menor pontuação, com 12 valores, foi **Desempenho no Trabalho**.

Quadro 5 - Resultados da SFSS

Sintomas de Stresse	14	31	23,10	4,77	23,50
Actividades Não Saudáveis	17	32	26,80	4,32	27,00
Desempenho no Trabalho	12	23	16,70	3,77	16,50
Atitudes no Trabalho	14	29	23,00	4,45	23,00
Ambiente de Trabalho	13	38	22,70	7,23	21,50
TSS	84	147	112,30	18,14	109,50

1.4 - Situação Indutora de Stresse

No que respeita à situação de stresse narrada, verificou-se que, em 70 % (7) dos casos, ela ocorreu no estágio de medicina e em 30 % (3) no estágio de cirurgia.

O ensino clínico onde se verificou a situação referida constituía, em 60 % (6) dos relatos, o 2º momento de estágio dos alunos e em 40 % (4) o 1º momento de estágio.

A situação stressante, em 70 % (7) dos casos teve lugar no início do turno e em 30 % (3) no meio do mesmo.

O supervisor responsável pelo ensino clínico, onde tal situação ocorreu era, em 80 % (8) dos relatos, um orientador pedagógico e em 20 % (2) um tutor.

O grupo de estágio era constituído por 2 e 8 alunos, ambos em 30 % (3) das situações narradas, 7 alunos em 20 % (2) dos relatos e 4 e 9 alunos, ambos em 10 % (1) das situações.

Relativamente à questão se tiveram ajuda para ultrapassar a situação narrada, 30 % (3) dos alunos referiram que não e 70 % (7) revelaram que tiveram

ajuda; destes, 30 % (3) referem a ajuda de colegas e os restantes, em igual valor de 10 % (1), referem que a ajuda obtida foi dada pelo supervisor, enfermeira, família e namorado.

No que respeita à percepção da ajuda fornecida pelo supervisor, 70 % (7) dos alunos referem que a mesma não se verificou, contrapondo-se aos 30 % (3) dos alunos que revelam ter tido a ajuda do supervisor.

1.5 - As Narrativas dos Alunos

A análise de conteúdo realizada, cujo resumo apresentamos nos quadros seguintes, incidiu sobre os dados obtidos na narrativa solicitada no início da Parte II do instrumento de colheita de dados., e nas questões nº 8.1 e nº 8.2 do tipo aberto da mesma parte.

Relativamente à narrativa da situação indutora de stresse, definimos duas áreas temáticas: **Natureza das situações indutoras de stresse** e **Respostas ao stresse**

No que respeita às questões nº 8.1, “De que forma é que ele (supervisor) contribuiu para o ajudar?”, e nº 8.2, “Na sua opinião, que outras estratégias/formas de ajuda poderiam ter sido utilizadas para que a ajuda fosse mais eficaz?”, definimos, respectivamente, como áreas temáticas **Contributos do supervisor** e **Outras estratégias/formas de ajuda possíveis**.

Natureza das situações indutoras de stresse

De acordo com a natureza das situações indutoras de stresse, identificamos três categorias, conforme se observa no quadro 6, sendo a “Interacção com a situação”, aquela em que se verifica maior frequência de unidades de registo.

Quadro 6 - Natureza das situações indutoras de stresse

Categorias de Análise	Subcategorias de Análise	Frequência Absoluta Unidades de Registo		Exemplos mais significativos das Unidades de Registo	Nº de Ordem
Interacção com o Supervisor	Observação	1	2	"(...) Foi ser observada pelo orientador (...)"	001
	Comunicação	1		"O meu enfermeiro orientador (...) me falou de um modo nada satisfatório, que eu diria até mesmo num tom agressivo (...)"	003
Interacção com a Situação	Sofrimento do Doente	2	5	"Um rapaz (...) cheio de dores e bastante queixoso; estive com ele, dei-lhe medicação analgésica e as dores não passavam, senti-me (...) incapaz de resolver esta situação (...)"	004
				"uma doente (...) que refere dores insuportáveis (...) o que mais me stressou foi a incapacidade para ajudar (...)"	006
	Situação de Emergência	1		"uma senhora ter apresentado dificuldade respiratória, ter sido colocados electrodos ao mesmo tempo que se aspirava (...)"	002
	Realização do Procedimento pela 1ª vez	1		"no meu primeiro estágio, no primeiro dia (...) um enfermeiro chegou ao pé de mim e disse "vais fazer um penso". Eu nunca tinha visto nada assim, logo já estava nervosa (...)"	009
	Relação com o Doente	1		"O doente referiu não querer a terapêutica de uma forma um pouco rude, eu tentei explicar o que iria fazer e os efeitos secundários bem como o efeito principal (...) apesar do esforço o doente insistia que não queria (...)"	008
Interacção com a Equipa - Enfermeiro	Comunicação	3	3	"Coloquei a seringa no tabuleiro e disse "Já está", ao que a enfermeira responde: "Estás chumbado. no meu tempo estarias chumbado porque não trocaste a agulha (...)"	007
				"Pedi ajuda a um enfermeiro e esse mesmo foi bastante agressivo e respondeu com bastante violência que "assim não iria longe (...)"	010
				"vocês estagiários (...) é que têm de trabalhar (dito de uma forma arrogante)"	005
TOTAL	10				

RESPOSTAS AO STRESSE

Relativamente às respostas ao stresse, categorizadas nos domínios físico e psicológico, podemos verificar que o predomínio de unidades de registo se encontra nas reacções psicológicas, conforme se pode constatar pelo quadro 7.

Quadro 7 – Respostas ao stresse

Categorias de Análise	Frequência Absoluta Unidades de Registo	Exemplos mais significativos das Unidades de Registo	Nº de Ordem
Domínio Físico	3	“(…) quando vieram falar comigo comecei a chorar (…)”	010
		“(…) eu fico muito vermelho (…)”	007
		“Fiquei paralisada.”	009
Domínio Psicológico	11	“(…) senti-me mal (…)”	005
		“(…) fez-me ter vontade de logo ali naquele momento desistir do Curso.”	010
		“(…) ter chegado à conclusão que não sabia nada, que embora estivesse ali presente se me mandassem fazer alguma coisa, com certeza bloqueava.”	002
		“(…) sentimento paradoxal foi sentir-me impotente por um lado e no fundo não sentir (…) empatia pela sua (da doente) situação.”	006
		“(…) frustrada e incapaz de resolver esta situação.”	004
TOTAL	14		

Contributos do Supervisor

No que respeita ao contributo do supervisor, relativamente à ajuda dada ao aluno constatamos, no quadro 8, a existência de três categorias, de acordo com a natureza do seu contributo. A categoria que apresenta maior frequência de unidades de registo é a “Solidariedade”.

Quadro 8 – Contributos do supervisor

Categorias de Análise	Frequência Absoluta Unidades de Registo	Exemplos mais significativos das Unidades de Registo	Nº de Ordem
Solidariedade	3	“(…) pois já conhecia melhor o doente (…) e poderia negociar melhor a situação”	008
		“Perguntou se estava bem (...)”	002
		“(…) para eu não me preocupar pois ele era assim com todas as pessoas.”	009
Apoio na situação	1	“Foi junto de mim e do doente e procurou explicar novamente os efeitos (...)”	008
Encaminhamento	1	“Disse-me também que para situações futuras idênticas, pedir auxílio a outro profissional.”	009
TOTAL	5		

Outras Estratégias/Formas de Ajuda Possíveis

No que se refere às outras estratégias possíveis, identificadas pelos alunos, de acordo com o seu âmbito, foram consideradas três categorias, todas elas com igual frequência de unidades de registo, conforme se verifica no quadro 9.

Quadro 9 - Outras estratégias / formas de ajuda possíveis

Categorias de Análise	Subcategorias de Análise	Frequência Absoluta Unidades de Registo		Exemplos mais significativos das Unidades de Registo	Nº de Ordem
Relação Interpessoal	Comunicação Supervisor - Aluno	3	4	- “Chamar-me a atenção usando um tom de voz normal e não na presença de todos aqueles doentes (...)”	003
	Comunicação Supervisor - Equipa			- “Deve também haver uma reunião do orientador com os enfermeiros do serviço para que eles saibam (...)”	007
	Comunicação Supervisor - Equipa			- “O orientador podia ter ido falar com a enfermeira (...)”	005
	Transparência da Relação	1		- “Não tivéssemos receio de falar com medo que isso prejudicasse a nossa avaliação	010
Processo Supervisivo	Reflexão para, na e sobre a acção	1	4	- “Tentassem-nos explicar o que fazer numa situação daquelas, como proceder e ultrapassar (...)”	002
	Processo Ensino / Aprendizagem	1		- “(...)”supostamente” teriam um papel de orientação e não de inspecção (...)”	010
	Processo Ensino / Aprendizagem	1		- “Reuniões privadas com o orientador / tutor para que os alunos expressassem as suas necessidades / dificuldades (...)”	007
	Observação	1		- “Não estivessem sempre a observar tão em cima de nós (...)”	001
Processo Inter-institucional	Comunicação Escola – Serviços	1	4	- “Maior clarificação aos locais de ensino clínico que somos alunos do 3º ano, não quer dizer que saibamos tudo.”	009
	Acompanhament o da prática	2		- “Se o orientador estivesse por mais de “perto” do meu desempenho (...)”	003
	Acompanhament o da prática			- “Um enfermeiro para dois ou três doentes e que nós tivéssemos sempre com	004
	Trabalhos teóricos complementares da prática	1		- “Não deveriam ser propostos tantos trabalhos extra-estágio, pois são eles a principal causa de ansiedade, stress, pouco descanso (poucas horas de sono por noite) e má alimentação”	007
TOTAL		12			

2 - ESTUDO PRINCIPAL

Nesta parte do trabalho iremos dar conta dos resultados obtidos no estudo principal, iniciando a sua apresentação pelos obtidos através da análise estatística, descritiva e inferencial e, por fim, a análise de conteúdo.

2.1 – Caracterização Sócio-Demográfica

Pela análise do quadro 10, podemos verificar que a nossa amostra foi constituída por 159 alunos com idades compreendidas entre os 19 e os 28 anos, sendo a média etária de aproximadamente 21 anos, com um desvio padrão de 1.38 anos, pelo que a dispersão em torno da média é baixa. O valor mediano e modal foi de 20 anos.

Em termos gerais podemos referir que a amostra é constituída por uma população estudantil jovem, maioritariamente (78.6%) do género feminino, (99.4%) solteira, (98.7%) sem filhos, residindo, durante o curso, com amigos/colegas (51.6%) ou com a família (44.7%), tendência que se mantém durante o ensino clínico.

Quadro 10 - Distribuição dos alunos segundo as características sócio-demográficas

		n	%
Idade (Anos) \bar{x} =20.91 anos σ =1.38 anos Md= 20 Mo=20	19	1	0.6
	20	79	49.7
	21	46	28.9
	22	18	11.3
	23	9	5.7
	25	2	1.3
	26	2	1.3
	27	1	0.6
	28	1	0.6
Género	Feminino	125	78.6
	Masculino	34	21.4
Estado civil	Casado	1	0.6
	Solteiro	158	99.4
	Outro	-	0.0
Número de filhos	Nenhum	157	98.7
	Um	2	1.3
Residência durante o Curso	Só	6	3.8
	Amigos/colegas	82	51.6
	Família	71	44.7
Residência durante o ensino clínico	Só	8	5.0
	Amigos/colegas	87	54.7
	Família	64	40.3
Total		159	100.0

2.2 - Stresse; Estado de Saúde e Sucesso Académico

Relativamente ao trabalho que desenvolvem durante o ensino clínico, podemos verificar, pela análise do quadro 11, que na maioria dos alunos (52.2%), ele provoca perturbações físicas e em 66.7% perturbações psicológicas. A exposição ao stresse é vista maioritariamente (51.6%) como moderada.

Dos inquiridos, a esmagadora maioria (95%) assume já ter discutido o seu trabalho durante os estágios com o cônjuge/companheiro/amigo/familiar.

Quadro 11 - Distribuição dos alunos de acordo com as perturbações desencadeadas pelo trabalho e exposição ao stresse durante o ensino clínico

		nº	%
Perturbações Físicas	Não	76	47.8
	Sim	83	52.2
Perturbações Psicológicas	Não	53	33.3
	Sim	106	66.7
Exposição ao Stresse	Nenhum	-	0.0
	Baixo	5	3.1
	Médio	58	36.5
	Moderado	82	51.6
	Muito	14	8.8
Total		159	100.0

No que diz respeito à percepção do seu estado de saúde, no ano anterior ao início do ensino clínico, e pela análise do quadro 12, podemos constatar que, maioritariamente (47.2%) a amostra referiu ser muito bom, sendo contudo também significativo que 39.6% considerou-o como bom.

Relativamente ao impacto negativo do stresse no seu bem-estar, 40.3% dos alunos referem ser médio e 37.1% moderado. É contudo de realçar que 13.2% selecciona a categoria “Muito”.

Quadro 12 - Distribuição dos alunos segundo a percepção do seu estado de saúde e do impacto negativo do stresse

		n	%
Estado de Saúde	Fraco	-	0.0
	Razoável	8	5.0
	Bom	63	39.6
	Muito Bom	75	47.2
	Excelente	13	8.2
Impacto Negativo do Stresse	Nenhum	1	0.6
	Baixo	14	8.8
	Médio	64	40.3
	Moderado	59	37.1
	Muito	21	13.2
Total		159	100.0

A análise do quadro 13 permite-nos constatar que, maioritariamente (85.5%), os alunos não consideraram a hipótese de abandonar o curso devido ao stresse e 91.2% dos mesmos não se arrepende da escolha do curso.

Sobre a percepção do seu sucesso académico, 71.7% dos alunos consideram que o mesmo é bom, sendo significativo que 12.6% o avaliam como muito bom.

Quadro 13 - Distribuição dos alunos segundo a percepção do seu sucesso académico

		n	%
Deixar o Curso devido ao Stresse	Não	136	85.5
	Sim	23	14.5
Arreponder da Escolha do Curso	Não	145	91.2
	Sim	14	8.8
Sucesso Académico	Fraco	-	0.0
	Razoável	23	14.5
	Bom	114	71.7
	Muito Bom	20	12.6
	Excelente	2	1.3
Total		159	100.0

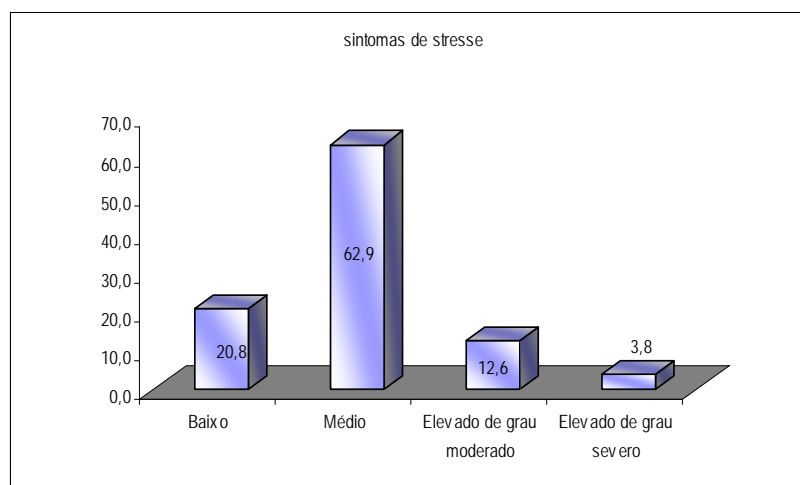
2.3 – Nível de Stresse e suas relações

Analisando o quadro 14, podemos constatar que, relativamente aos **Sintomas de Stresse**, maioritariamente (62.9%), os alunos identificam a sua existência num nível médio, seguidos de 20.8% que consideram que a sua ocorrência se verifica num nível baixo, 16.4% num nível elevado, sendo que destes, 3.8% referem-nos ser um nível elevado em grau severo (Gráfico 1).

Quadro 14 - Distribuição dos alunos segundo os resultados obtidos na SFSS

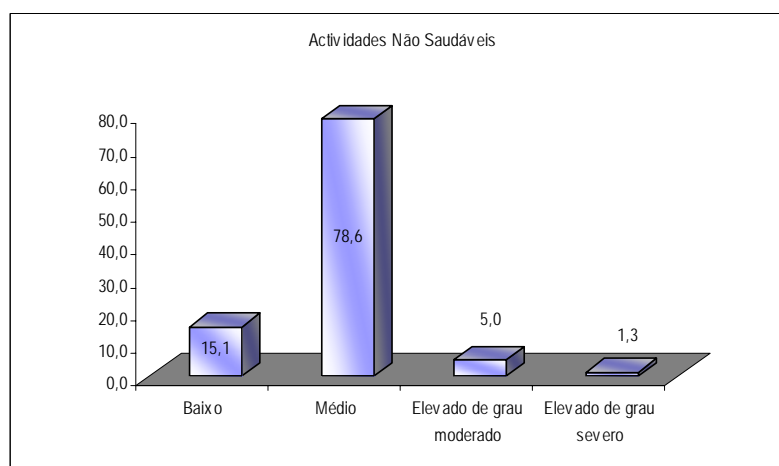
		n	%
Sintomas de Stresse	Baixo	33	20.8
	Médio	100	62.9
	Elevado em Grau Moderado	20	12.4
	Elevado em Grau Severo	6	3.8
Actividades não Saudáveis	Baixo	24	15.1
	Médio	125	78.6
	Elevado em Grau Moderado	8	5.0
	Elevado em Grau Severo	2	1.3
Desempenho no trabalho	Baixo	114	71.7
	Médio	45	28.3
	Elevado em Grau Moderado	-	0.0
	Elevado em Grau Severo	-	0.0
Atitudes no trabalho	Baixo	28	17.6
	Médio	106	66.7
	Elevado em Grau Moderado	23	14.5
	Elevado em Grau Severo	2	1.3
Ambiente de Trabalho	Baixo	39	24.7
	Médio	106	67.1
	Elevado em Grau Moderado	13	8.2
	Elevado em Grau Severo	-	0.0
Total da Escala de Stresse (TSS)	Baixo	1	0.6
	Médio	91	57.2
	Moderado	52	32.7
	Elevado em Grau Moderado	15	9.4
	Elevado	-	-
	Perigoso	-	-
Total		159	100.0

Gráfico 1 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala sintomas de stresse



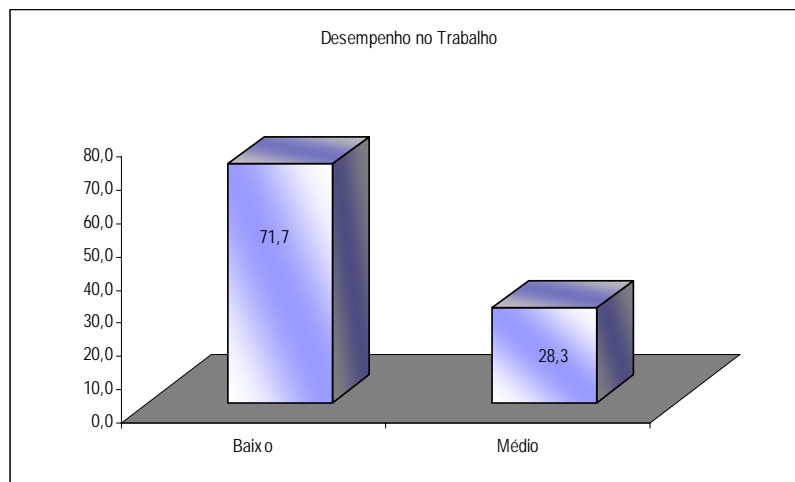
Quanto ao desenvolvimento de **Actividades Não Saudáveis**, a maioria dos alunos (78.6%), localiza-se num nível médio, 15.1% no nível baixo e 6.3% no elevado; destes, 1.3% dos casos remetem para um nível elevado em grau severo, conforme se constata no quadro 14 e gráfico 2.

Gráfico 2 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala actividades não saudáveis



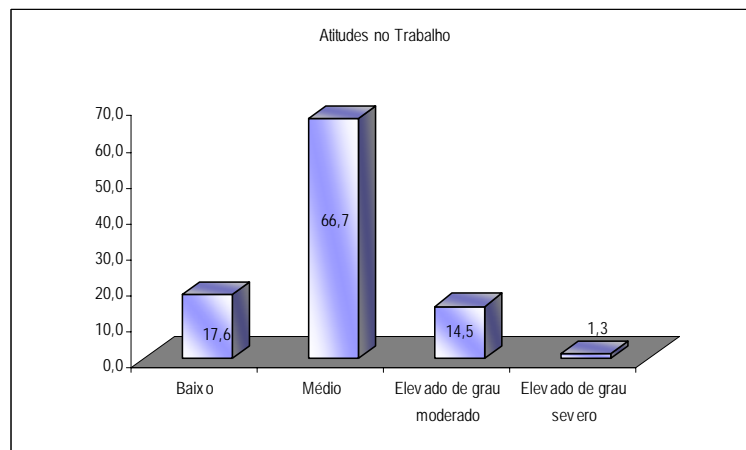
De acordo com o quadro 14 e gráfico 3, o stress percebido no domínio do **Desempenho no Trabalho**, revela-se num nível baixo, em 71.7% da nossa amostra, e num nível médio em 28.3% da mesma.

Gráfico 3 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala desempenho no trabalho



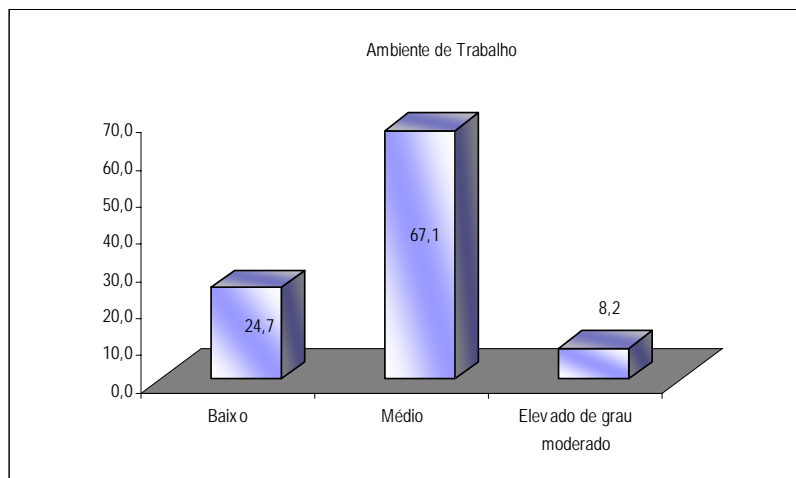
Relativamente às **Atitudes no Trabalho**, segundo a análise do quadro 14 e gráfico 4, o nível de stresse predominante é o médio em 66.7% dos alunos, seguido do baixo em 17.6% e do elevado em 15.8% dos alunos, sendo significativo que destes, 1.3% nos reportam para o nível elevado em grau severo.

Gráfico 4 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala atitudes no trabalho



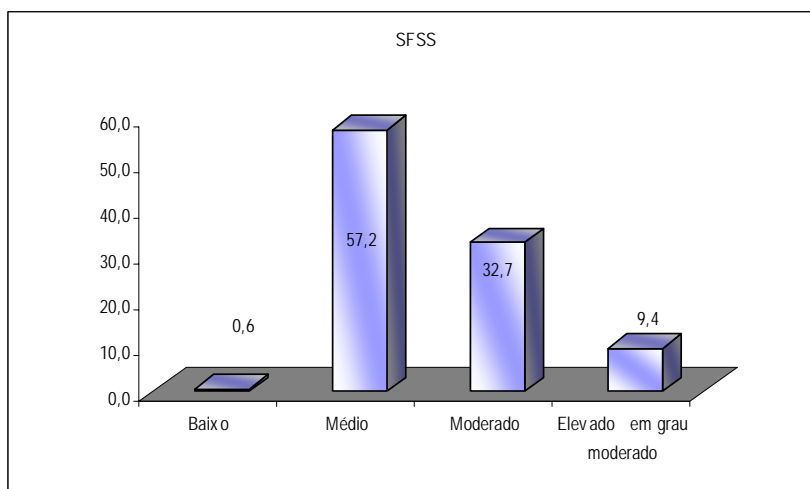
No que respeita ao **Ambiente de Trabalho**, 67.1% dos alunos apresentam um nível de stresse médio, 24.7% um nível baixo e 8.2% um nível elevado em grau moderado, conforme se constata no quadro 14 e gráfico 5.

Gráfico 5 - Representação dos alunos segundo os resultados da subescala ambiente de trabalho



De acordo com o quadro 14 e gráfico 6, o **Total do Nível de Stresse (TSS)** da SFSS percebido pelos alunos é referido por 57.2% dos inquiridos como médio, por 32.7% como moderado, 9.4% como elevado em grau moderado e apenas 0.6% da amostra revela um baixo nível de stresse.

Gráfico 6 - Representação dos alunos segundo os resultados da SFSS



Quando analisamos o quadro 15 e Gráfico 7 podemos verificar que os valores, na subescala **Sintomas de Stresse**, oscilaram entre um mínimo de 14 e um máximo de 40, sendo o valor médio de 25.31 pontos, com desvio padrão de 5.46. Nas **Actividades Não Saudáveis**, o valor mínimo obtido foi de 13 pontos e o

máximo de 39. O valor médio foi de 24.58 pontos, com desvio padrão de 4.06.

O **Desempenho no Trabalho**, apresentou um mínimo de 11 pontos e um máximo de 27, sendo a média de 18.08 pontos e o desvio padrão de 3.59.

Relativamente às **Atitudes no Trabalho**, os valores localizaram-se entre o mínimo de 11 pontos e o máximo de 36. A média foi de 24.97, com desvio padrão de 4.99 pontos.

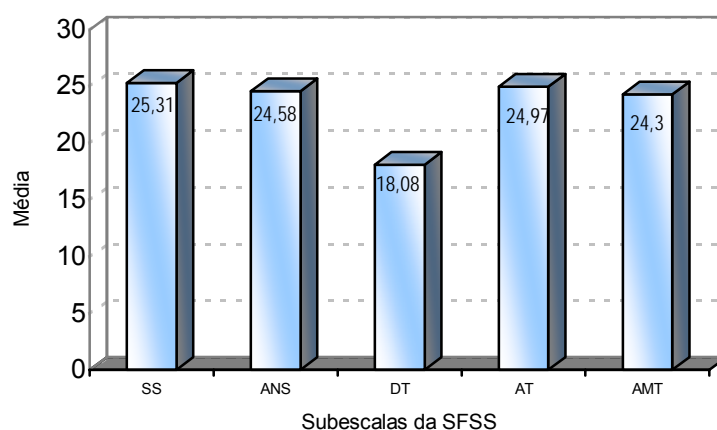
O **Ambiente de Trabalho** apresenta valores compreendidos entre o mínimo de 11 pontos e o máximo de 51. O valor médio obtido é de 24.30 pontos, com desvio padrão de 5.05.

O **Total Nível de Stresse (TSS)** apresenta valores entre um mínimo de 76 pontos e um máximo de 150. A média situa-se nos 117.23 pontos, com um desvio padrão de 15.71 pontos.

Quadro 15 - Medidas descritivas referentes às subescalas da SFSS

	σ	M	S	u	h
Sintomas de Stresse (SS)	25.31	5.46	25.00	14	40
Actividades não Saudáveis (ANS)	24.58	4.06	24.00	13	39
Desempenho no trabalho (DT)	18.08	3.59	18.00	11	27
Atitudes no trabalho (AT)	24.97	4.99	24.00	11	36
Ambiente de Trabalho (AMT)	24.30	5.05	24.00	11	51
TSS	117.23	15.71	118.00	76	150

Gráfico 7 - Representação dos valores médios obtidos nas subescalas da SFSS



Quando analisamos os valores obtidos na subescala **Sintomas de Stresse** (Quadro 16), verificamos que o item com valor médio mais elevado, 3.48 pontos, foi *Ansiedade/Angústia*, seguido de *Perturbações do sono* com uma média de 3.16 pontos. O item com menor pontuação média, 1.70 pontos, foi *Cãibras*. O maior desvio em torno da média verificou-se no item *Ataques de choro*.

Quadro 16 - Resultados da subescala sintomas de stresse da SFSS

Sintomas de Stresse	\bar{x}	σ	Md
Cefaleias	2.87	0.94	3.00
Constipações	2.60	0.90	3.00
Gastralgias	2.04	1.02	2.00
Tonturas	1.86	1.04	3.00
Ataques de choro	2.01	1.10	2.00
Tensão muscular	2.92	1.04	3.00
Cãibras	1.70	0.90	1.00
Perturbações do sono	3.16	0.97	3.00
Problemas de memória	2.67	0.98	3.00
Ansiedade/Angústia	3.48	0.83	4.00

Relativamente aos resultados da subescala **Actividades Não Saudáveis**, constantes no quadro 17, o item com maior valor médio, 3.68 pontos, foi *Faz as refeições à pressa*, a que se seguiu *Tenta fazer muitas coisas ao mesmo tempo*. O item assinalado com menor pontuação foi *Consome estupefacientes* e o que obteve maior desvio padrão foi *Vê televisão, ouve rádio ou lê para adormecer*.

Quadro 17 - Resultados da subescala actividades não saudáveis da SFSS

Actividades Não Saudáveis	\bar{x}	σ	Md
Bebe muito bebidas alcoólicas	1.48	0.58	1.00
Fuma muito	1.51	1.09	1.00
Consome estupefacientes	1.08	0.41	1.00
Não se sente motivado para praticar actividade física	2.80	1.09	3.00
Vê televisão durante muito tempo	2.25	0.83	2.00
Não toma refeições equilibradas	3.15	0.91	3.00
Faz as refeições à pressa	3.68	0.79	4.00
Tenta fazer muitas coisas ao mesmo tempo	3.45	0.81	3.00
Passa demasiado tempo sozinho	2.64	0.86	3.00
Vê televisão, ouve rádio ou lê para adormecer	2.54	1.21	2.00

Pela análise do quadro 18 podemos constatar que na subescala **Desempenho no Trabalho**, o item com maior média, 2.49, foi *Sente-se apreensivo quando conhece novos doentes*, seguindo-se-lhe *Sente que os doentes constroem os seus próprios problemas*, com média de 2.07. O item com menor valor médio, 1.19, foi *Evita passar chamadas telefónicas para o doente* e aquele onde se verificou maior dispersão em torno da média foi *Sente-se apreensivo quando conhece novos doentes*.

Quadro 18 - Resultados da subescala desempenho no trabalho da SFSS

Desempenho no Trabalho	\bar{x}	σ	Md
Sente-se desvalorizado e usado pelos doentes	1.59	0.70	1.00
Sente que os doentes constroem os seus próprios problemas	2.07	0.70	2.00
Sente-se apreensivo quando conhece novos doentes	2.49	0.93	2.00
Sente que os doentes o enervam	1.65	0.69	2.00
Fica irritado quando os doentes não cumprem as indicações dadas	1.89	0.76	2.00
Distrai-se enquanto está a entrevistar um doente	1.82	0.78	2.00
Evita ajudar doentes com problemas especiais	1.38	0.61	1.00
Sente que não compreende a raiva dos doentes	1.94	0.79	2.00
Evita passar chamadas telefónicas para o doente	1.19	0.44	1.00
Sente que os doentes na realidade não querem mudar	2.06	0.77	2.00

Os resultados descritos do quadro 19, referentes à subescala **Atitudes no Trabalho**, permitem-nos constatar que o item que apresentou maior valor médio, 4.30 pontos, foi *Trabalho para além do horário, ou levo trabalho para casa*, seguido de *Penso que as tarefas que tenho de desenvolver não estão claramente definidas*. O item com menor valor médio foi *Penso que o melhor é evitar os meus colegas de estágio* e onde se verificou maior desvio padrão foi *Sinto que a minha vida seria melhor se escolhesse outra profissão*.

Quadro 19 - Resultados da subescala atitudes no trabalho da SFSS

Atitudes no Trabalho	\bar{x}	σ	Md
Sinto que o meu trabalho no estágio é aborrecido	2.32	0.77	2.00
Sinto-me encurralado no meu trabalho durante o estágio	2.59	0.93	3.00
Fico irritado com o meu trabalho durante o estágio	2.28	0.81	2.00
Deixo que as experiências no estágio me deprimam	2.54	0.96	3.00
Sinto-me “esmagado” com o meu estágio	2.58	0.78	3.00
Sinto que o estágio não é adequado, não responde às necessidades da minha futura profissão	2.28	0.95	2.00
Penso que as tarefas que tenho de desenvolver não estão claramente definidas	2.77	0.83	3.00
Trabalho para além do horário, ou levo trabalho para casa	4.30	0.83	4.00
Penso que o melhor é evitar os meus colegas de estágio	1.35	0.60	1.00
Sinto que a minha vida seria melhor se escolhesse outra profissão	1.95	0.97	2.00

Ao analisarmos o quadro 20, que contém os resultados da subescala **Ambiente de Trabalho**, constatamos que o item onde se verificou o maior valor médio, 3.33 pontos, foi *O trabalho burocrático é excessivo*, seguido de *A minha supervisão não é adequada*. O item com média mais baixa foi *Detesto ir estagiar* e *Não há um suporte positivo na equipa*, foi aquele que apresenta uma maior dispersão em torno da média.

Quadro 20 - Resultados da subescala ambiente de trabalho da SFSS

Ambiente de Trabalho	\bar{x}	σ	Md
Não é um bom sítio para estagiar	2.12	0.74	2.00
A equipa tem problemas constantes	2.37	0.65	2.00
A minha supervisão não é adequada	2.85	0.86	3.00
O trabalho burocrático é excessivo	3.33	0.96	3.00
Não há um suporte positivo na equipa	2.62	2.40	2.00
Detesto ir estagiar	1.72	0.79	2.00
Não tenho privacidade no local de estágio	2.23	0.92	2.00
Os chefes não se preocupam com os estagiários	2.65	0.81	3.00
Sinto desagrado para com os meus colegas de trabalho	1.89	0.73	2.00
As condições de trabalho no estágio são más	2.51	0.71	3.00

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E GÉNERO

Pela análise dos resultados apresentados no quadro 21 verificamos que existem diferenças significativas ($p < 0.05$) no **Nível Total de Stresse (TSS)** dos alunos em função do género, o mesmo se verificando nas subescalas, **Sintomas de Stresse e Desempenho no Trabalho**.

Comparando os valores médios, constatamos que os alunos do género feminino tendem a evidenciar um nível de stresse maior em todas as subescalas.

Quadro 21 - Comparação do nível de stresse percebido pelos alunos em função do género

SS	Feminino	125	26.40	5.29	5.191	0.000
	Masculino	34	21.32	4.06		
ANS	Feminino	125	24.82	3.98	1.466	0.145
	Masculino	34	23.68	4.28		
DT	Feminino	125	18.38	3.63	2.045	0.043
	Masculino	34	16.97	3.26		
AT	Feminino	125	25.13	5.04	0.772	0.441
	Masculino	34	24.38	4.82		
AMT	Feminino	125	24.49	5.19	0.921	0.359
	Masculino	34	23.59	4.49		
TSS	Feminino	125	119.22	15.64	3.136	0.002
	Masculino	34	109.94	13.89		

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E A IDADE

Para estudar o efeito da idade no nível de stresse percebido pelos alunos, procedemos ao estudo da correlação entre os valores obtidos e a variável em causa. Para tal aplicámos o coeficiente de correlação de Pearson e o respectivo teste de significância. Os resultados obtidos (Quadro 22) permitem-nos afirmar não existir diferença estatisticamente significativa entre a idade e o nível de stresse percebido pelos alunos ($p > 0.05$).

Considerando os valores da correlação obtidos como negativos e muito fracos ou desprezíveis, podemos concluir que, apesar dos alunos mais velhos tenderem, ainda que de forma reduzida, a evidenciar um nível de stresse mais baixo, esta tendência não é significativa.

Quadro 22 - Correlação entre o nível de stresse e a idade

SFSS	Idade	
	r	p
Sintomas de Stresse (SS)	-0.11	0.163
Actividades não Saudáveis (ANS)	-0.09	0.254
Desempenho no trabalho (DT)	-0.13	0.103
Atitudes no trabalho (AT)	-0.09	0.244
Ambiente de Trabalho (AMT)	-0.09	0.267
TSS	-0.015	0.060

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E O SUPORTE SOCIAL

Ao analisarmos o quadro 23 constatamos que não existe diferença estatisticamente significativa entre o **Nível Total de Stresse (TSS)** em função das pessoas com quem residem, excepto na subescala **Desempenho no Trabalho**, onde essa diferença é significativa ($p < 0.05$), tendendo os alunos que vivem com amigos/colegas a evidenciar um nível de stresse maior, nesta subescala.

Nesta proposição não foram considerados os 5% da amostra que referiu viver só, uma vez não poderem, estatisticamente, ser considerados significativos

para o estabelecimento de relações.

Quadro 23 - Comparação do nível de stresse em função das pessoas com quem residem durante os períodos de estágio

SS					
Amigos/Colegas	87	25.32	5.48	0.042	0.967
Família	64	25.36	5.42		
ANS					
Amigos/Colegas	87	24.83	4.11	1.395	0.165
Família	64	23.92	3.70		
DT					
Amigos/Colegas	87	18.69	3.74	2.269	0.025
Família	64	17.36	3.30		
AT					
Amigos/Colegas	87	25.51	5.08	1.455	0.148
Família	64	24.30	4.99		
AMT					
Amigos/Colegas	87	24.26	4.31	0.057	0.954
Família	64	24.31	5.99		
TSS					
Amigos/Colegas	87	118.61	16.03	1.300	0.196
Família	64	115.25	15.22		

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E ESTADO DE SAÚDE

Ao considerarmos a hipótese de existir uma relação significativa entre o nível de stresse e o estado de saúde, foi necessário agrupar as respostas desta variável, uma vez não existirem número de respostas nos diferentes níveis passíveis de serem estabelecidas as relações pretendidas. Desta forma, as respostas desta variável foram agrupadas em *Bom*, que engloba as respostas 1 (Fraco), 2 (Razoável) e 3 (Bom) e *Muito Bom*, que abrange as respostas 4 (Muito Bom) e 5 (Excelente). Para a designação destes agrupamentos, adoptámos o nome do nível mais assinalado dentro dos respectivos agrupamentos.

Através da análise dos dados do quadro 24 podemos constatar que existem diferenças significativas no **Nível Total de Stresse (TSS)**, percebido pelos alunos, de acordo com a percepção que têm do seu estado de saúde, antes do início do estágio. O mesmo se verifica quando comparados os dados obtidos nas subescalas **Sintomas de Stresse** e **Ambiente de Trabalho**. Os alunos que referiram possuir um estado de saúde *Muito Bom*, tendem a apresentar um nível de stresse mais baixo que aqueles que perceberam o seu estado de saúde apenas como sendo *Bom*.

Quadro 24 - Comparação do nível de stresse em função da percepção do estado de saúde

SS	Bom	71	26.68	4.85	2.892	0.004
	Muito Bom	88	24.22	5.69		
ANS	Bom	71	24.90	3.80	0.900	0.370
	Muito Bom	88	24.32	4.26		
DT	Bom	71	18.52	3.36	1.411	0.160
	Muito Bom	88	17.72	3.74		
AT	Bom	71	25.37	5.18	0.902	0.368
	Muito Bom	88	24.65	4.84		
AMT	Bom	71	25.44	5.50	2.606	0.010
	Muito Bom	88	23.38	4.48		
TSS	Bom	71	120.90	15.36	2.697	0.008
	Muito Bom	88	114.27	15.45		

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E SUCESSO ACADÉMICO

Para testar a proposição onde afirmávamos a existência de relação entre o nível de stresse e a percepção do sucesso académico, houve necessidade de efectuarmos o agrupamento desta variável, de acordo com o já anteriormente descrito, pelo que as respostas desta variável foram agrupadas em *Bom* que engloba os níveis 1 (Fraco), 2 (Razoável) e 3 (Bom) e *Muito Bom* onde se

encontram as respostas, cujos níveis assinalados foram o 4 (Muito Bom) e o 5 (Excelente).

Pela análise do quadro 25 verificamos a inexistência de diferenças significativas entre o **Nível Total de Stresse (TSS)**, percebido pelos alunos, e a percepção do seu sucesso académico, com excepção desta relação com a subescala **Sintomas de Stresse**, onde se constata que os alunos que entendem o seu sucesso académico como *Bom* tendem a revelar níveis de stresse mais elevados que os alunos que referem ter *Muito Bom* sucesso académico.

Quadro 25 - Comparação do nível de stresse em função da percepção sucesso académico

SS	Bom Muito Bom	137 22	25.72 22.77	5.50 4.49	2.389	0.018
ANS	Bom Muito Bom	137 22	24.80 23.23	4.19 2.89	1.691	0.093
DT	Bom Muito Bom	137 22	18.03 18.36	3.54 3.94	0.405	0.686
AT	Bom Muito Bom	137 22	24.96 25.00	5.18 3.70	0.032	0.975
AMT	Bom Muito Bom	137 22	24.20 24.86	5.25 3.63	0.567	0.571
TSS	Bom Muito Bom	137 22	117.72 114.23	16.12 12.76	0.966	0.335

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E A EXPOSIÇÃO AO STRESSE

Ao estabelecermos a hipótese da existência de relação entre o nível de stresse e a percepção da exposição ao stresse, houve necessidade de efectuarmos agrupamentos, à semelhança dos casos anteriores. Assim, a última variável foi agrupada em nível *Médio*, que engloba as respostas dos níveis 1 (Nenhum), 2 (Baixo) e 3 (Médio) e em nível *Moderado* onde estão contidas as respostas dos níveis 4 (Moderado) e 5 (Muito).

Quando analisamos os resultados do quadro 26, constatamos a existência de diferença significativa, entre o **Nível Total de Stresse (TSS)** percebido pelos alunos, em função da percepção do nível de exposição ao stresse a que estão sujeitos durante os estágios. Esta preposição é verdadeira para todas as subescalas da escala de stresse, com excepção da subescala **Desempenho no Trabalho**.

Desta forma, os alunos que entendem estar expostos a um nível de stresse *Moderado*, tendem eles próprios a apresentar um nível de stresse maior que aqueles que referem estar expostos a um nível *Médio* de stresse.

Quadro 26 - Comparação do nível de stresse em função da percepção da exposição ao stresse

SS	Médio	63	21.78	4.35	7.766	0.000
	Moderado	96	27.64	4.84		
ANS	Médio	63	22.78	3.62	4.839	0.000
	Moderado	96	25.76	3.92		
DT	Médio	63	17.78	3.37	0.847	0.399
	Moderado	96	18.27	3.73		
AT	Médio	63	23.14	4.33	3.903	0.000
	Moderado	96	26.17	5.05		
AMT	Médio	63	23.21	3.85	2.231	0.027
	Moderado	96	25.01	5.61		
TSS	Médio	63	108.68	13.58	6.178	0.000
	Moderado	96	122.84	14.49		

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E O SEU IMPACTO NEGATIVO NO BEM-ESTAR

Tal como anteriormente, ao realizarmos o teste estatístico que nos permite avaliar das relações entre o nível de stresse e a percepção do seu impacto negativo no bem-estar individual, constatou-se a necessidade de agrupar esta variável em *Médio*, que engloba as respostas 1 (Nenhum), 2 (Baixo) e 3 (Médio) e em *Moderado*, onde se encontram as respostas dos níveis 4 (Moderado) e 5 (Muito).

Ao observar os resultados do quadro 27 podemos comprovar que existem diferenças significativas entre o **Nível Total de Stresse (TSS)** percebido pelos alunos, e a ideia que têm sobre o impacto negativo do stresse no seu bem-estar. Exceptua-se, neste caso, a subescala **Desempenho no Trabalho**, onde tal facto não se verifica.

Assim, os alunos que entendem que o impacto do stresse no seu bem-estar é *Moderado*, tendem a apresentar níveis de stresse mais elevados, que os alunos que consideram que o impacto negativo do stresse no bem-estar é *Médio*.

Quadro 27 - Comparação do nível de stresse em função da percepção do impacto negativo no bem-estar

SS						
	Médio	79	23.63	5.09	4.046	0.000
	Moderado	80	26.98	5.32		
ANS						
	Médio	79	23.92	4.02	2.039	0.043
	Moderado	80	25.23	4.019		
DT						
	Médio	79	17.81	3.57	0.926	0.356
	Moderado	80	18.34	3.61		
AT						
	Médio	79	23.16	3.98	4.842	0.000
	Moderado	80	26.75	5.26		
AMT						
	Médio	79	22.77	4.09	3.951	0.000
	Moderado	80	25.80	5.47		
TSS						
	Médio	79	111.30	13.71	5.087	0.000
	Moderado	80	123.09	15.44		

2.4 - Situação Indutora de Stresse

Relativamente às situações indutoras de stresse narradas pelos alunos, verificou-se que, maioritariamente (19.8%), ocorreram no ensino clínico de Saúde Infantil e Pediátrica e de Medicina, seguidos de 16.3% no ensino clínico de Saúde no Idoso e Geriatria. O ensino clínico onde se verificaram menos casos, 7.0%, foi

o de Saúde Materna e Obstétrica (Quadro 28).

É de referir ainda que 10 alunos não responderam a esta questão e que, dos 149 que o fizeram, se obtiveram 172 respostas, uma vez terem reportado a situação indutora de stresse a mais que um ensino clínico.

Quadro 28 - Distribuição das situações indutoras de stresse por ensino clínico

Área de ensino clínico	n	%
Saúde Mental e Psiquiátrica	27	15.7
Medicina	34	19.8
Cirurgia	18	10.5
Cuidados Saúde Primários	19	11.0
Saúde Materna e Obstétrica	12	7.0
Saúde Idoso e Geriatria	28	16.3
Saúde Infantil e Pediátrica	34	19.8
Total de respostas	172	100.0

No que respeita à sequência do ensino clínico (Quadro 29), constatamos que 29.4% das situações narradas se verificaram durante o 3º ensino clínico, 25.9% no 4º, sendo o 5º ensino clínico a registar o valor mais baixo, 5.3%. Podemos ainda referir que a esta questão não responderam 10 alunos e que, dos 149 respondentes se obtiveram 170 respostas, pelo motivo já atrás referido.

Quadro 29 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse segundo a sequência de realização do ensino clínico

Sequência de Ensinos clínicos	n	%
1º Ensino Clínico	33	19.4
2º Ensino Clínico	34	20.0
3º Ensino Clínico	50	29.4
4º Ensino Clínico	44	25.9
5º Ensino Clínico	9	5.3
Total de respostas	170	100.0

Considerando o decurso do ensino clínico, verificamos que em 36.5% dos casos a situação indutora de stresse ocorreu no início, e em 35.4% no meio do estágio (Quadro 30).

A esta questão não responderam 10 alunos, tendo-se obtido, dos 149 que o fizeram, 181 respostas, uma vez terem assinalado mais que uma opção.

Quadro 30 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse pelo decurso do ensino clínico

Decurso do Ensino Clínico	n	%
Início	66	36.5
Meio	64	35.4
Fim	51	28.2
Total de respostas	181	100.0

Quanto ao momento durante o turno, constatamos que em 40,7% dos casos a situação narrada ocorreu a meio do turno e em 35,3% no seu início (Quadro 31).

Dos alunos que constituíam a nossa amostra, 27 não responderam a esta questão e dos 132 respondentes obtiveram-se 167 respostas, pelo facto de terem optado por mais que uma opção.

Quadro 31 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse ao longo do turno

Momento do Turno	n	%
Início	59	35.3
Meio	68	40.7
Fim	40	24.0
Total de respostas	167	100.0

Relativamente ao supervisor do ensino clínico onde se verificou a situação indutora de stresse, 53.1% dos alunos referiu ser um Orientador Pedagógico e

34.7% um Professor. Uma vez que as situações narradas foram, por vezes, extensivas a mais do que um ensino clínico, e dado que podem existir diferentes supervisores em cada um deles, 1.4% dos alunos referiu que os supervisores eram professores e orientadores pedagógicos (Quadro 32).

A esta questão não responderam 12 alunos.

Quadro 32 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse de acordo com o supervisor do ensino clínico

Supervisor	n	%
Professor	51	34.7
Tutor	16	10.9
Orientador Pedagógico	78	53.1
Professor e Orientador Pedagógico	2	1.4
Total de respostas	147	100.0

Relativamente ao número de alunos que constituíam os grupos de estágio, constatamos pelo quadro 33 que, em média, os grupos eram formados aproximadamente por 6 alunos, sendo o desvio padrão de 2.25 e a mediana de 6 alunos. O valor modal localizou-se nos 8 alunos.

A esta questão não responderam 11 dos inquiridos.

Quadro 33 - Distribuição da ocorrência das situações indutoras de stresse de acordo com o número alunos por grupo

	\bar{x}	σ	Md	Mo
N.º de Alunos por Grupo	5.66	2.25	6	8

No que se refere à percepção de ajuda obtida para lidar com a situação indutora de stresse, 59.7% dos alunos relatou ter tido ajuda. Destes, 53.9% revelou que a ajuda foi dada por pessoas das suas relações pessoais, onde se incluem a família, amigos, colegas e namorado, seguidos de 31.5% em que a

ajuda proveio das suas relações profissionais, nelas se incluindo o supervisor, o professor, os enfermeiros, o INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), os utentes e os Auxiliares e, por último, 14.6% dos alunos referem que a ajuda foi promovida por pessoas das duas categorias anteriores (Quadro 34).

Dentro das relações pessoais, os colegas foram os mais intervenientes na ajuda em 20.8% dos casos, seguidos da família e amigos, em 3.1% das situações.

No domínio das relações profissionais, os mais activos na ajuda foram, em 7.5% das situações, os enfermeiros, seguidos do supervisor em 6.9% dos casos.

Quando a ajuda resultou de intervenções de pessoas dos dois domínios, a maioria dos alunos (3.1%) referiram os colegas e o supervisor, seguidos de 1.9% que revelaram que a ajuda foi obtida através dos colegas e dos enfermeiros (Anexo 5).

Relativamente à ajuda promovida pelo supervisor na situação indutora de stresse, 34.2% dos alunos referem que a mesma se verificou.

A estas questões não responderam 10 alunos.

Quadro 34 - Distribuição dos alunos de acordo com os intervenientes no processo de ajuda obtida na situação indutora de stresse

Intervenientes no processo de ajuda	n	%
Relações pessoais	48	53.9
Relações profissionais	28	31.5
Relações pessoais e profissionais	13	14.6

2.5 – As Narrativas dos Alunos

A narrativa e as questões abertas foram, conforme já referimos, alvo de análise de conteúdo, com o intuito de obter pistas que melhor nos façam compreender o fenómeno em estudo.

Desta forma, e perante os elementos fornecidos pelos alunos na situação narrada, definimos duas áreas temáticas que designamos por: **Natureza das**

situações indutoras de stresse e Respostas ao stresse, cujos resumos constam nos quadros 35 e 36.

Relativamente à área temática **Natureza das situações indutoras de stresse**, identificámos sete categorias de análise:

- **Competências do Aluno** - entendidas como o “saber em uso” de acordo com Philippe Perrenoud (1995) citado por Roldão (2003, p. 20) que refere ainda “ao falarmos de competência referimo-nos ao *saber que se traduz na capacidade efectiva de utilização e manejo* – intelectual, verbal ou prático – e não a conteúdos acumulados” que, subcategorizámos em *Metodológicas, Relacionais e Técnicas*;
- **Gestão e Organização de Tempo/Trabalho** - incluímos nesta categoria as referências ao trabalho, de natureza prática ou teórica, desenvolvido no âmbito do ensino clínico;
- **Interacção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde** que foi subcategorizada em: *Atitude e Comunicação*. Na primeira, incluímos os elementos de resposta que indiciavam a forma de proceder da equipa para com os alunos, podendo ou não incluir mensagens verbais; na segunda, incluímos os excertos que aludiam à comunicação verbal e não
- **Interacção com a Situação** - onde foram identificadas as subcategorias: *Fase terminal de Vida/Morte, Realização de Procedimento pela 1.ª vez, Relação com o Utente, Situação de Emergência e Sofrimento do Utente*;
- **Interacção com o Supervisor** de onde emergiram as subcategorias: *Relação/Comunicação*, que inclui a relação de confiança, de abertura e respeito mútuo e a comunicação entre os sujeitos, e *Tipo de Acompanhamento*, nele se inserindo a presença constante e assídua do supervisor, as orientações dadas e estratégias de observação e avaliação;
- **Interacção Conflituosa com os Colegas**;
- **Outras** - onde incluímos as unidades de registo que, por serem singulares, não justificavam uma categorização própria.

Da análise do quadro 35 constata-se a multiplicidade de situações que, de acordo com os alunos, se constituem como indutoras de stresse. Realça-se,

contudo, pela frequência de unidades de registo apresentadas, as situações decorrentes da ***Interacção com a equipa pluridisciplinar***, nomeadamente as *Atitudes* desta que, no nosso estudo, obtiveram uma avaliação negativa pelos alunos.

É também significativa a frequência que a categoria ***Interacção com o Supervisor*** obteve, sobretudo no domínio da subcategoria *Tipo de Acompanhamento* que, neste estudo, foi considerado pelos alunos, como desadequado, quer pela ausência frequente do supervisor, quer pela estratégia de observação adoptada, quer ao nível da avaliação que se considerou injusta.

Também se afigura digno de destaque as frequências que a categoria ***Interacção com a Situação*** obteve, principalmente ao nível das subcategorias *Fase terminal de Vida/Morte* e *Realização de Procedimento pela 1.^a vez*.

A categoria ***Gestão e Organização de Tempo/Trabalho*** surge ainda com uma frequência elevada, tendo os alunos revelado dificuldades em gerir o trabalho, especialmente os trabalhos teóricos solicitados pelo supervisor, face ao tempo de que dispunham. Neste sentido, os trabalhos de natureza teórica são considerados em número excessivo.

Quadro 35 - Natureza das situações indutoras de stresse

Categorias de Análise	Subcategorias de Análise	Frequência Absoluta Unidades de Registo		Exemplos mais significativos das Unidades de Registo	Nº de Ordem
Competências do Aluno	Metodológicas	1	5	“Tenho dificuldade em seleccionar a informação mais pertinente e saber o que é mais importante dizer-se e o que não é relevante para aquele momento.”	009
	Relacionais	2		“As sessões de educação para a saúde, no início, começaram por me fazer bastante confusão (...). Tinha medo de estar exposta perante gente nova (...).”	104
	Técnicas	2		“Aquando da administração de alimentação enteral, desadaptou-se a sonda da seringa, dando um banho de sopa a mim e ao doente (...).”	146
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho			25	“(…) o verdadeiro stresse surge devido ao excesso e sobrecarga de horas de estágio, muitos objectivos a atingir e inúmeros trabalhos para realizar.”	064
Interacção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	41	46	“Durante o estágio os enfermeiros do serviço fizeram “de conta” que não estava presente, que eu não existia.”	096
	Comunicação	5		“Uma discussão com a enfermeira, na qual ela foi muito pouco assertiva e muito injusta.”	019
Interacção com a Situação	Fase terminal de vida/Morte	14	30	“A morte de uma senhora a quem tinha prestados cuidados (...).”	133
	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	6		“(…) era o primeiro banho que eu dava a um homem, eu já estava nervosa e constrangida.”	017
	Relação com o Utente	2		“Foi um doente (...) que me faltou ao respeito.”	084
	Situação de Emergência	5		“Ocorreu uma situação de crise convulsiva (...).”	142
	Sofrimento do Utente	3		“(…) aquando da realização do penso. A Sr.ª gritava enquanto o enfermeiro lhe prestava os cuidados.”	026
Interacção com o Supervisor	Relação/ Comunicação	9	34	“O não entendimento em termos de comunicação verbal entre mim e o orientador causou bastante stresse pois não conseguia ver esclarecidas as minhas dúvidas devido à forma ambígua como o orientador falava comigo.”	132
	Tipo de Acompanhamento	25		“Senti muita falta de apoio, pouca presença (...).”	016
Interacção Conflituosa com os Colegas			7	“(…) surgiu um confronto entre mim e a colega que se encontrava a estagiar no mesmo serviço (...).”	147
Outras			2	“(…) foi a “desilusão” que senti no estágio que não correspondeu às minhas expectativas.”	057
TOTAL	149				

Quanto à área temática designada **Respostas ao Stresse**, identificámos, de acordo com Labrador (1995), três categorias de análise:

- **Domínio Cognitivo** – nele incluímos os elementos de resposta que evidenciavam a elaboração de determinados pensamentos em consequência da actividade cognitiva, isto é, a forma como cada um interpreta a situação narrada e a decisão que toma face à mesma. Nesta categoria implicámos também as alusões às emoções experienciadas;
- **Domínio Comportamental** – abrange os elementos de resposta onde são evidentes os comportamentos adoptados perante a situação específica, podendo estes ser de *enfrentamento*, *fuga* ou *evitamento* ou de *passividade*;
- **Domínio Fisiológico** – engloba os elementos de resposta que indiciam um aumento da activação fisiológica do organismo em consequência da experiência vivenciada.

Ao analisarmos o quadro 36 podemos constatar a elevada predominância do **Domínio Cognitivo** como forma de resposta ao stresse, sendo contudo significativa a frequência verificada na categoria **Domínio Fisiológico**.

Quadro 36 - Respostas ao stresse

Categorias de Análise	Frequência Absoluta Unidades de Registo	Exemplos mais significativos das Unidades de Registo	Nº de Ordem
Domínio Cognitivo	78	“(…) várias vezes me questioneei se eu teria capacidade para lidar com esta e outras situações.”	24
Domínio Comportamental	7	“Sentindo-me ferida (...) respondi com agressividade (...)”	051
Domínio Fisiológico	20	“Comecei a ficar pálido e com sudorese intensa.”	127
TOTAL	105		

No que se refere à ajuda promovida pelo supervisor nas situações relatadas, e após uma primeira leitura de todas as respostas, fomos percebendo que o apoio

do supervisor consubstanciava-se de diferentes formas, pelo que entendemos que seria de todo válido procurar entender as diferenças percepcionadas, donde, e de acordo com Vaz Serra (1999), foram definidas cinco categorias de análise:

- **Apoio Afectivo;**
- **Apoio Emocional;**
- **Apoio Informativo;**
- **Apoio Instrumental;**
- **Apoio Perceptivo.**

Da análise do quadro 37 podemos inferir que o tipo de apoio que os alunos mais percepcionaram é o **Apoio Instrumental**, onde se constata dezasseis unidades de registo, seguido do **Apoio Perceptivo**, com catorze unidades de registo, e do **Apoio Emocional**, com onze unidades de registo.

Quadro 37 - Tipo de apoio promovido pelo supervisor

Categorias de Análise	Frequência Absoluta Unidades de Registo	Exemplos mais significativos das Unidades de Registo	Nº de Ordem
Apoio Afectivo	3	“(…) apoiou-me mesmo quando errei.”	085
Apoio Emocional	11	“Ele olhava para mim e acenava com a cabeça para me dizer ”continua, estás bem não te preocupes” (...).”	118
Apoio Informativo	4	“A enfermeira colocou-me completamente à vontade (...) aconselhou-me a procurar ajuda médica (...).”	112
Apoio Instrumental	16	“Então no momento de realização do procedimento a professora entrou no quarto da doente e pediu-lhe que me deixasse realizar o pro- cedimento.”	116
Apoio Perceptivo	14	“Ajudou-me a perceber aquela situação e elucidou-me que tal acontecimento não poderia ser um obstáculo à minha aprendizagem.”	98
TOTAL	48		

No que respeita a outras formas de ajuda possíveis, referidas pelos alunos, identificámos cinco categorias de análise de acordo com os domínios onde se poderão materializar formas de ajuda:

- **Formação Específica de Supervisores;**
- **Organização**, de onde emergiram duas subcategorias: *Estruturação do Ensino Clínico* e *Gestão e Organização Tempo/Trabalho*;
- **Processo Interinstitucional;**
- **Processo Supervisivo**, nele se identificando duas subcategorias: *Acompanhamento* e *Avaliação*;
- **Relação Interpessoal**, dentro da qual se localizam três subcategorias: *Comunicação Equipa-Aluno*, *Comunicação Supervisor-Aluno* e *Comunicação Supervisor-Equipa*.

Quando analisamos o quadro 38 podemos constatar que o grande enfoque, dados pelos alunos, no que se refere à ajuda pretendida se insere no campo do **Processo supervisivo** e nos domínios da **Relação Interpessoal**. Dentro destes, podemos ainda avaliar a grande importância que os alunos dão ao *Acompanhamento* do supervisor, que constitui por si só uma forma de ajuda e à *Comunicação* deste com o aluno.

Quadro 38 - Outras estratégias/formas de ajuda referidas

Categorias de Análise	Subcategorias de Análise	Frequência Absoluta Unidades de Registo		Exemplos mais significativos das Unidades de Registo	Nº de Ordem
Formação Específica de Supervisores		3	3	“(…) os alunos só deveriam ser distribuídos a enfermeiros com capacidade e disponibilidade para orientar e ensinar eficazmente os mesmos. Estes enfermeiros deveriam ter formação específica.”	032
Organização	Estruturação do Ensino Clínico	3	8	“(…) se o tempo de permanência nos campos de estágio se prolongasse.”	105
	Gestão e Organização Tempo/Trabalho	5		“O número de trabalhos realizados durante o estágio deveria ser reduzido, e o tempo para a sua realização deveria ser incluído nas horas do estágio e não extra-estágio.”	092
Processo Interinstitucional		3	3	“(…) a equipa de enfermagem deveria ser devidamente esclarecida acerca dos objectivos do ensino clínico e ajuda na integração dos estudantes na equipa.”	033
Processo Supervisivo	Acompanhamento	30	36	“Haver um acompanhamento constante e desta forma o orientador não devia estar connosco apenas no início e final da semana.”	148
	Avaliação	6		“(…) a realização de uma avaliação mais efectiva e sistemática (…).”	060
Relação Interpessoal	Comunicação Equipa-Aluno	6	23	“A forma como as críticas foram expostas deveriam ter sido de uma forma construtiva e não de “condenação”. ”	048
	Comunicação Supervisor-Aluno	11		“Conversar individualmente com o aluno e procurar detectar e atenuar as suas dúvidas e receios.”	023
	Comunicação Supervisor-Equipa	6		“Alertar esses mesmos profissionais de enfermagem para as suas atitudes.”	082
TOTAL	73				

Relativamente às observações/comentários/sugestões, solicitados aos alunos no final do questionário, os aspectos mais referidos foram: o processo supervisoivo, veiculando-se a importância das suas componentes de apoio, acompanhamento e avaliação, bem como a necessária formação específica dos supervisores para o exercício desta função; uma vez mais a dificuldade sentida na gestão do tempo/trabalho face ao número de trabalhos teóricos solicitados durante o ensino clínico; a importância deste tipo de estudo; aspectos relacionados com a preparação teórica para a futura prática; e a avaliação e selecção dos locais de ensino clínico. Estes resultados, bem como os relativos a toda a análise de conteúdo, encontram-se no Anexo 6.

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados, que explicitaremos neste capítulo, foi realizada à luz de trabalhos anteriores neste domínio, do enquadramento teórico por nós desenvolvido e da triangulação “inter-métodos” utilizados nesta pesquisa, que procurámos realizar sempre que possível, com o intuito de “aumentar a amplitude ou a profundidade das análises” (Fortin, 2000, p. 322, reportando-se a Fielding e Fielding, 1986).

A reflexão crítica que efectuámos, atendendo ao contexto do estudo e aos objectivos do mesmo permite-nos, desta forma, tecer algumas considerações que passamos a descrever.

Começamos por referir que a nossa amostra é jovem, maioritariamente solteira e sem filhos, compatível, portanto, com a generalidade da população estudantil do ensino superior. É também maioritariamente feminina, mantendo-se, assim, a tendência histórica relativa ao género da profissão de enfermagem, considerada tradicionalmente como profissão feminina.

O facto de os alunos residirem com a família, durante o curso, poderá estar relacionado com o próprio processo de candidatura ao ensino superior, uma vez este contemplar, no seu regulamento, a preferência regional, permitindo-se menores deslocações dos alunos para a frequência dos cursos.

Por outro lado, é de referir que durante os períodos de ensino clínico, alguns alunos referem alteração da sua residência, o que poderá estar relacionado com o facto de alguns locais de estágio se situarem fora das cidades onde se encontram localizadas as Escolas Superiores de Enfermagem.

NÍVEL DE STRESSE

No que se refere aos **Sintomas de Stresse** mais identificados pelos alunos, *Ansiedade/Angústia* e *Perturbações do Sono*, os resultados obtidos vão ao encontro dos descritos por Valadas (1995), quando reconhece os elevados níveis de ansiedade nos alunos relacionada com a interacção com o orientador, dos de Pagana (1988) e Wilson (1994) quando referem este sintoma correlacionado com o medo de errar, e dos de Kleehammer, Hart, e Keck (1990) quando revela que a realização de procedimentos, a interacção com os médicos e o sentir-se observado e questionado, constituem factores de ansiedade.

De igual modo, estes resultados encontram-se concordantes com os obtidos na análise de conteúdo, relativamente à área temática **Respostas ao Stresse**, onde predomina o domínio cognitivo no qual enquadrámos a ansiedade e as perturbações do sono.

No que respeita às **Actividades Não Saudáveis**, encontramos o domínio da alimentação em lugares cimeiros, onde sobressai o pouco tempo dedicado às refeições e também o facto de se procurar realizar muitas coisas ao mesmo tempo.

Quando confrontamos estes resultados com os de teor qualitativo, constatamos que, as situações indutoras de stresse mais referidas dizem respeito à **Gestão e Organização de Tempo/Trabalho**, onde os alunos se referem ao excessivo número de trabalhos de natureza teórica face ao tempo disponível. Desta forma, resta pouco tempo para o lazer, vida social e familiar, pelo que julgamos tal facto uma das possíveis explicações para a tentativa de realização simultânea de várias coisas, isto é, uma procura de rentabilizar o tempo disponível.

Também Cavanagh e Snape (1997) reconheceram como fontes de stresse o tempo insuficiente para realizar os trabalhos e Gwele e Uys (1998) verificaram a existência de maiores níveis de stresse nos alunos cujo ensino clínico decorria em simultâneo com as aulas teóricas.

Acreditamos, ainda, que relativamente ao tempo dedicado às refeições, os alunos durante o ensino clínico praticam, na sua maioria, o mesmo tipo de horário que os enfermeiros, pelo que, e de acordo com a legislação em vigor para o regime de jornada contínua, praticado pela maior parte destes profissionais, o tempo destinado às refeições é de trinta minutos, o que poderá constituir uma das possíveis explicações para o facto de os alunos referirem fazer refeições à pressa. Aliados a estes dados, encontramos ainda os hábitos alimentares da população jovem caracterizados “cada vez mais pelo *fast food* fora de horas, alimentos pobres em vitaminas, demasiados farináceos, o consumo exagerado de açúcares, de sal e de gordura polisaturadas e baixo consumo de sopa e fruta.” (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005, p. 39).

Os mesmos autores referem-se ainda à importância que os estilos de vida e comportamentos têm na saúde dos indivíduos, bem como ao necessário envolvimento das escolas e de todos os contextos educativos na promoção da saúde, o que nos leva a considerar pertinente questionarmos até que ponto, enquanto formadores de futuros enfermeiros, a nossa acção, no domínio dos comportamentos alimentares, vai ao encontro daquilo que, enquanto profissionais, nos cumpre promover junto do indivíduo e da população.

O baixo nível de stresse percebido pelos alunos na subescala **Desempenho no Trabalho** poderá dever-se, em nossa opinião, ao facto de esta subescala estar, em muito, direccionada para a relação com o utente, sendo este apenas um dos domínios das intervenções de enfermagem. Os resultados obtidos relativos às situações indutoras de stresse vão também neste sentido, quando nos permitem constatar a baixa frequência que a relação com os utentes tem na percepção de stresse.

Oliveira (1998), no estudo que realizou sobre o stresse dos alunos em ensino clínico, também concluiu da não existência de relação entre a intensidade

e frequência de stresse e as atitudes e capacidades para a relação de ajuda nos alunos do 2º ano, enquanto que, para os do 3º ano, o mesmo só se verificava na correlação entre a intensidade de stresse e a relação de ajuda.

Importa ainda referir que a apreensão sentida quando se conhece novos utentes foi o aspecto mais valorizado pelos alunos, à semelhança dos resultados do estudo de Shipton (2002) que identificou como uma das causas de stresse no ensino clínico o facto de os alunos terem de prestar cuidados a utentes novos, que ainda não conheciam.

No que respeita às **Atitudes no Trabalho**, constatámos a referência ao facto de trabalhar para além do horário, ou de levar trabalho para casa, o que vem corroborar os resultados do nosso estudo qualitativo, no qual os trabalhos teóricos são considerados pelos alunos como excessivos e indutores de stresse.

Resultados idênticos são descritos por Cavanagh e Snape (1997) que salientam o tempo insuficiente para realizar os trabalhos e a conciliação do estudo com a vida pessoal e familiar, como factores muito indutores de stresse nos alunos.

Também Vaz Serra (1999), reportando-se a Heim (1992), considera que os próprios enfermeiros estão sujeitos a condições de stresse muito elevados, relacionados com vários factores, entre os quais a sobrecarga de trabalho e a fraca autonomia de decisão. Assim, dado o escasso poder de decisão inerente à condição de formandos, parece-nos lícito afirmar que tal factor poderá igualmente ter contribuído para o desenvolvimento de atitudes no trabalho predisponentes a maior valorização de potenciais situações indutoras de stresse.

No âmbito do **Ambiente de Trabalho**, os alunos referem, primordialmente, o excesso de trabalho burocrático e a desadequação da sua supervisão.

Não encontrámos, ao nível da triangulação inter-métodos, elementos de respostas que confirmem que os alunos consideram excessivo o trabalho burocrático. Contudo, os trabalhos de Shipton (2002) dão-nos conta que o tempo despendido para a elaboração de planos de cuidados e cartões de medicação constitui, para os alunos, uma importante fonte de stresse.

Em relação à supervisão, são muitas as referências evidenciadas pelos dados qualitativos que vão ao encontro desta apreciação, deles sobressaindo o tipo de acompanhamento proporcionado pelo supervisor.

Admi (1997), quando refere que uma supervisão apertada constitui uma fonte de stresse, e Shipton (2002) e Beck e Srivastava (1991), quando descrevem o ambiente criado pelo supervisor de estágio como factor indutor de stresse, corroboram estes resultados.

Relativamente ao **Nível Total de Stresse** podemos constatar que, a maioria dos alunos, evidencia um nível médio, embora um valor significativo de respondentes evidencie um nível moderado e mesmo elevado. Apesar de não existir uma concordância plena, estes resultados vão ao encontro dos veiculados pelos trabalhos dos autores que temos vindo a referir.

Esta não concordância de resultados julgamos poder dever-se essencialmente a dois factores: a utilização de diferentes instrumentos de avaliação do stresse percebido pelos alunos e a diferentes categorizações de interpretação. Mais importante que o atrás mencionado, parece-nos ser a constatação da real existência de stresse percebido pelos alunos durante o ensino clínico e que os valores médios evidenciados em cada subescala se aproxima dos que Munson (2002), enquanto autor da escala utilizada, considera como elevados e dignos de atenção.

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E O GÉNERO

No que respeita à influência do género no nível de stresse percebido pelos alunos, podemos dizer que se confirma a hipótese por nós formulada e que ia no sentido de que o nível de stresse varia de acordo com o género dos alunos.

O mesmo resultado foi obtido por Oliveira (1998), apresentando as alunas do 3º ano maior intensidade de stresse que os alunos.

No âmbito da formação académica, também as mulheres tendem a evidenciar maiores níveis de stresse, de acordo com Faria, Carvalho e Chamorro (2004), o mesmo acontecendo no domínio do exercício profissional, no qual as

enfermeiras demonstram ter níveis de stresse maiores que os enfermeiros (Amaral & Pereira, 2004; Vaz Serra, 1999).

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E A IDADE

Relativamente à idade, constatámos não existir diferença significativa entre esta e o nível de stresse. No mesmo sentido apontam os estudos de Admi (1997).

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E SUPORTE SOCIAL

Quando considerámos a hipótese de existir relação entre o nível de stresse percebido pelos alunos e as pessoas com quem residem, verificamos que a mesma só é verdadeira na subescala Desempenho no Trabalho, evidenciando os alunos que vivem com a família menores níveis de stresse em relação aos que habitam com amigos e colegas.

O facto de a esmagadora maioria ter referido que, por vezes, discute o trabalho que desenvolve durante o ensino clínico com estes agentes de apoio social, com quem habitam, leva-nos a acreditar ser possível que, neste caso, a família revelou ser um eficaz mediador do efeito do stresse (Vaz Serra, 1999).

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E ESTADO DE SAÚDE

No que respeita à percepção do estado de saúde, verificamos que este tem uma relação significativa com o nível de stresse, pelo que os alunos que referem um estado de saúde muito bom tendem a apresentar níveis de stresse mais baixos em relação àqueles em que o estado de saúde era bom.

Julgamos que estes resultados poderão estar relacionados com a avaliação secundária na determinação das situações como fontes de stresse. Desta forma os alunos que percebem o estado de saúde como muito bom, farão eventualmente uma maior e melhor apreciação dos seus recursos e capacidades para lidar com a situação em apreciação e, em consequência, ela será percebida como pouco indutora de stresse.

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E SUCESSO ACADÉMICO

Relativamente à possível relação entre o nível de stress e a percepção do sucesso académico, constatamos a sua não confirmação no total da escala de stress e sua comprovação relativamente à subescala sintomas de stress, onde se verifica que os alunos que se auto-avaliam com um bom sucesso académico tendem a evidenciar mais sintomas de stress que os alunos que avaliam o seu sucesso académico como muito bom.

Julgamos que o facto das categorias em que se auto-avaliam estarem, sob o ponto de vista académico, dentro do desejável, não nos terá permitido aferir da validade da proposição por nós considerada. Contudo, e dado que na apreciação de bom incluímos, para efeitos estatísticos, também os alunos que se auto-avaliaram com um sucesso académico razoável, cujo valor (14.5%) é idêntico aos que já consideraram deixar o curso devido ao stress, talvez possamos encontrar aqui a explicação para a relação entre o sucesso académico e o stress ao nível dos seus sintomas, uma vez que “A auto-avaliação negativa de um indivíduo e do seu rendimento pode aumentar a ansiedade” (Pereira, 1991, p. 129/130).

Por outro lado, Oliveira (1998) também não encontrou relação entre a classificação académica e a apreciação de stress por parte dos alunos.

Perante tais dados, somos levados a admitir que, no que toca ao sucesso académico, nem a forma como o indivíduo se vê a si próprio, nem a forma como vê que os outros o avaliam, se constituem sempre como importantes recursos para lidar com o stress ou, se assim se constituem, não serão suficientes para saldar outros factores concorrentes para a apreciação de stress.

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E A EXPOSIÇÃO AO STRESSE

A avaliação dos níveis de exposição ao stress encontra-se significativamente relacionada com o nível de stress percebido, evidenciando os alunos que se sentem expostos a níveis moderados de stress, maiores níveis de stress, com excepção do verificado para a subescala desempenho no trabalho.

Pelos motivos já anteriormente descritos, relativamente a esta escala e onde explicitámos a sua maior direcionalidade para a relação com o utente, julgamos poder explicar a sua não apreciação como fonte de exposição de stress.

A leitura e significado atribuídos pelos alunos aos contextos de ensino clínico, poderão eventualmente estar na origem deste resultado. A situação de aprendizagem em que se encontram coloca em cena múltiplos actores e múltiplos factores que, para além da incerteza e instabilidade inerentes aos contextos de saúde, poderão talvez ser entendidos como fontes de exposição ao stresse.

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE STRESSE E O SEU IMPACTO NEGATIVO NO BEM-ESTAR

O nível de stresse parece também estar relacionado com a ideia que os alunos têm do impacto negativo que este tem no bem-estar de cada um, verificando-se que quanto maior é a avaliação negativa do impacto, maior é o nível de stresse.

Pensamos que, uma vez mais, o significado atribuído, neste caso aos efeitos negativos do stresse, poderá ser um dos factores explicativos deste resultado.

A esta significação talvez não esteja alheia os elementos que a comunidade em geral e a da saúde em particular dispõe sobre os efeitos perniciosos do stresse na determinação de perturbações físicas e ou psíquicas, interferindo desta forma no bem-estar do individuo.

SITUAÇÃO INDUTORA DE STRESSE

Constatámos que a maioria das situações narradas como indutoras de stresse ocorreu no ensino clínico de saúde infantil e pediátrico e de medicina.

Também Oermann e Standfest (1997) identificaram o elevado grau de stresse dos alunos de pediatria quando comparados com alunos de outros cursos.

Martins (1995), quando procurou conhecer melhor a experiência dos alunos no estágio de pediatria, concluiu que os alunos revelavam, predominantemente, sentimentos de insegurança, angústia e medo e dificuldades em lidar com o sofrimento da criança doente.

Estes resultados contrariam os apontados por Valadas (1995), quando refere que, os estágios de pediatria e medicina, foram os que menos ansiedade provocaram nos alunos.

Ressalvamos neste aspecto que alguns foram os casos que nos remeteram a situação indutora de stresse para mais que um ensino clínico, denotando-se,

assim, uma transversalidade das situações que extravasa a especificidade da área de ensino.

Podemos também observar que a situação narrada ocorreu maioritariamente no terceiro ensino clínico seguido do quarto. Julgamos que a fadiga poderá estar na origem destes resultados uma vez que este factor pode interferir na activação dos recursos individuais para lidar com o stresse, diminuindo-a, conforme refere Vaz Serra (1999).

O início do estágio parece também constituir o momento, onde maioritariamente, ocorreram as situações indutoras de stresse. Idênticos resultados foram observados por Jones e Johnston (1997), Admi (1997) e Shipton (2002), onde as mudanças de ensino clínico são avaliadas como stressantes sobretudo devido ao medo do desconhecido e à necessária integração ao novo local de estágio. Relativamente ao facto de estas situações se verificarem primordialmente a meio do turno, não encontrámos, na literatura consultada, dados que nos confirmem ou infirmem estes resultados. Contudo, reportando-nos à nossa própria experiência enquanto enfermeira, o meio do turno representa o momento antes da refeição do almoço, altura em que se avalia quais os cuidados que faltam prestar de modo a que o utente possa desfrutar da refeição que se avizinha.

Julgamos, pois, que este momento se possa revestir de uma maior tensão e pressão perante o trabalho ainda por concluir e que urge desenvolver e, como tal, se constitua como um momento facilitador de ocorrências de situações que poderão ser percebidas como indutoras de stresse.

Não sendo nosso objectivo avaliar até que ponto o stresse dos alunos dependia da pessoa a quem estava acometida a sua supervisão, constatámos que, na maioria das situações, o supervisor era um orientador pedagógico.

Este resultado poderá, na nossa opinião, explicar-se pelo número de ensinos clínicos onde a supervisão é desenvolvida por profissionais das instituições da prática, como resultado de parcerias interinstitucionais neste domínio e onde se localiza a figura do orientador pedagógico.

A este respeito, Oermann e Standfest (1997) referem mesmo que não encontraram variações do nível de stresse dos alunos em função da supervisão ser exercida por um professor ou por um orientador do local de estágio.

Relativamente à ajuda que a maioria dos alunos manifestou ter tido, os intervenientes mais considerados foram as pessoas das suas relações pessoais onde sobressaem os colegas e a família.

O apoio social funcionou, desta forma, como mediador dos efeitos de stresse, à semelhança do verificado por Wongchai (2000) e Mahat (1996).

O facto de os colegas se constituírem como os primeiros elementos de ajuda, poderá eventualmente ser explicado pela circunstância de estarem presentes ou, por se encontrarem relacional e emocionalmente próximos uns dos outros, uma vez se encontrarem na mesma situação, conferindo-lhes, desta forma, uma maior percepção de pertença de grupo social.

Relativamente à ajuda do supervisor, consideramos que os resultados obtidos, ainda que abaixo dos desejados, se podem considerar significativos atendendo aos dados dos estudos consultados e que nos dão conta que a supervisão e os supervisores podem, eles próprios, constituírem-se como fontes de stresse (Mahat, 1996; Admi, 1997; Oliveira, 1998; Munson, 2002 & Shipton, 2004). Estes resultados poderão ainda estar relacionados com a ainda conotação da supervisão, com a ideia de chefia e, como tal, superior ou autoridade, podendo assim originar nos alunos algum receio em solicitar ajuda, ou, por outro lado, estarem também relacionados com a subjectividade inerente à avaliação que o indivíduo faz do apoio que lhe é dado, pois conforme refere Vaz Serra (1999), estes são dois factores determinantes na eficácia do apoio social.

Uma vez não termos questionado os alunos se a ajuda que revelaram ter tido, foi solicitada ou espontânea, podemos inferir que os resultados obtidos parecem indiciar uma mudança de uns e de outros face ao papel da supervisão na formação de futuros enfermeiros.

Não nos parece de suma importância saber a quem poderá ser acometida o início da mudança, uma vez considerarmos que a acção de uns é contingente com a dos outros, isto é, os alunos ao solicitarem ajuda, fazem-no porque sentem confiança na relação que estabeleceram com o supervisor e este, por sua vez, só ajudará de forma espontânea se estiver consciente de que o apoio e suporte emocional fazem parte integrante das suas funções enquanto supervisor.

NATUREZA DAS SITUAÇÕES INDUTORAS DE STRESSE

No que respeita às situações indutoras de stresse, realça-se a maior frequência de unidades de registo na categoria interacção com a equipa pluridisciplinar de saúde, nomeadamente no domínio das atitudes desta para com os alunos. Os resultados foram observados por Shipton (2002) ao estudar o stresse no ambiente clínico, tendo concluído que as atitudes negativas da equipa de enfermagem constituíram uma das suas principais causas.

A este respeito Belo (2003) identificou que, na perspectiva dos alunos, os enfermeiros desempenham um importante papel na sua formação em contexto clínico, constituindo-se como elementos facilitadores da sua integração nos serviços e na equipa de enfermagem.

De igual modo, Van Velze (1991) reportando-se a McCarthy (1987) refere a influência que os comportamentos dos enfermeiros dos serviços têm ao nível dos alunos, revelando-se, por vezes, como um importante recurso da aprendizagem.

Ideias semelhantes são veiculadas por Franco (1999), quando nos remete para o papel vital do enfermeiro que muitas vezes serve de “modelo ao aluno na consolidação dos conhecimentos e através dos actos e acções que pratica.” (p. 171).

Da bibliografia consultada, a dimensão interpessoal, aqui consubstanciada nas atitudes e comunicação, assume lugar de relevo, enquanto factor agilizador e potenciador das aprendizagens, pela confiança e segurança que incute aos alunos, pela ajuda provida na resolução de problemas e pela significação que estes atribuem à experiência vivida quando em parceria reflectida.

Muito embora a Ordem dos Enfermeiros e o REPE tenham determinado como sendo da competência dos enfermeiros a sua contribuição para a formação dos futuros profissionais, alguma falta de clareza relativa ao papel que deles se espera neste domínio, poderá eventualmente estar na origem de atitudes menos positivas e colaborativas para com os alunos, durante o ensino clínico.

Relativamente à interacção com o supervisor, constatamos a elevada frequência que o tipo de acompanhamento apresenta como génese do stresse vivenciado. De facto a ausência prolongada ou frequente do supervisor, a observação, sobretudo a não participante, e a avaliação, parecem induzir nos

alunos mais stresse do que propriamente a relação ou a comunicação que com eles estabelece.

Também Shipton (2002) conclui desta realidade evidenciando a espera pelo supervisor, a observação e a avaliação como causas de stresse nos alunos.

Neste domínio, Rodrigues (1998) considera a presença do professor como uma estratégia pedagógica utilizada em contexto de ensino clínico, permitindo-se, desta forma, a discussão das experiências da prática e Morna (1995) refere que deverão ser dadas condições e momentos, durante o ensino clínico, que permitam o diálogo e o envolvimento entre supervisor e aluno, necessários à sua valorização e crescimento.

De acordo com Teixeira (2000), a relação aluno-professor, quando este se mostra amigo e o ajuda a superar as suas dificuldades, permite-lhe fortalecer o seu lado humano.

Oliveira (1998) constatou que, quer a frequência quer a intensidade de stresse se relacionavam com a interacção com o orientador, quando este não era conhecido pelos alunos, não fornecia reforços positivos, dava orientações contraditórias, ou adoptava comportamentos com os quais os alunos não concordavam, indo assim ao encontro do revelado por Valadas (1995) que refere este factor como o que mais ansiedade induziu nos alunos, incluindo nesta experiência os comportamentos e atitudes do orientador, o ambiente relacional e os novos professores / novos métodos.

Reflectindo sobre o exposto, somos levados a admitir que, ausências frequentes ou prolongadas do supervisor, situação mais referida pelos alunos, poderão eventualmente inviabilizar processos de reflexão que permitam aos alunos a atribuição de um significado positivo à experiência vivida, favorecedor de aprendizagens futuras, lhes facilite a integração teoria-prática, conforme refere Van Velze (1991) e lhes permita o seu desenvolvimento pessoal pelo melhor conhecimento de si próprio.

No que respeita à interacção com a situação, o confronto com utentes em fase terminal de vida/situação de morte, foi o aspecto mais responsabilizado pelo stresse experienciado. Esta experiência também é referida nos estudos de Valadas (1995), Cavanagh e Snape (1997) e Oliveira (1998).

A propósito das atitudes que os enfermeiros adoptam perante a doença grave, aqui compreendida como a que revela risco de morte eminente ou é susceptível de ter um desfecho fatal, Allen Gomes (1993) salienta que os utentes nestas situações requerem dos profissionais de enfermagem exigências acrescidas nos domínios técnico e humano, podendo constituir-se como situações de stress. Não é pois de estranhar que os alunos, quando confrontados com situações desta natureza, as percepcionem como indutoras de stresse.

A realização de procedimentos pela primeira vez é também, no nosso estudo, referida como indutora de stresse, indo ao encontro dos trabalhos de Valadas (1995), onde se observa que este factor é um dos que maior ansiedade induz nos alunos, aos de Oliveira (1998) e de Shipton (2002).

RESPOSTAS AO STRESSE

Nesta área temática podemos observar a prevalência de respostas do domínio cognitivo, seguidas do domínio fisiológico.

Resultados idênticos apresentam Puig, Gonzaga, Cortes, Salva, Ferri e Domene (1990) no estudo que efectuaram e onde sugerem o ensino de estratégias para lidar com o stresse durante a formação em enfermagem, permitindo-se, desta forma, dotar os alunos de recursos que lhes facilitem enfrentar a futura profissão.

Atendendo à condição de aluno, sujeito como tal a avaliação, não nos parece estranho que as respostas mais identificadas não contemplem o domínio comportamental, mesmo porque algumas das situações narradas reportam-se à própria interacção com o supervisor.

TIPO DE APOIO PROMOVIDO PELO SUPERVISOR

Quando procurámos saber em que medida o supervisor se tinha constituído como um elemento mediador do efeito do stresse, encontrámos as suas acções dispersas por um leque de apoio que não se circunscrevia ao emocional e onde se constatou um predomínio do apoio instrumental, seguido do perceptivo.

Estes resultados, não deixaram de ser por nós muito ponderados, pois reflectem um pouco o papel, não só de suporte emocional do supervisor, mas

também o de ajuda na aprendizagem, pelo apoio instrumental dado no superar de algumas barreiras e na gestão das oportunidades de aprendizagem e pelo apoio perceptivo, tão importante quando é conhecida a influência negativa do stresse ao nível da percepção (Vaz Serra, 1999).

À semelhança do que refere Cutrona (1990), ao se permitir ao aluno reequacionar os seus objectivos e o significado atribuído à situação vivenciada pela reavaliação da mesma, sob outras perspectivas, podemos talvez estar a contribuir para um melhor e maior conhecimento de si próprio, dos outros e da situação em concreto, favorecendo assim o seu desenvolvimento pessoal e interpessoal. Este autor acrescenta ainda que no caso de as situações indutoras de stresse serem passíveis de ser controladas, o apoio instrumental é um dos mais indicados, enquanto que, se o caso se prender com alguma distorção da realidade o apoio perceptivo será o mais aconselhado.

O apoio emocional, não sendo o mais referido, não deixa contudo de ser mencionado pelos alunos, pela confiança e segurança que lhes proporciona, sendo possível, conforme já anteriormente aludimos, identificá-lo nalgumas unidades de registo como um segundo apoio.

Numa fase inicial, como é o caso do nosso estudo, de aprendizagem em contexto clínico, os sentimentos de segurança e confiança parecem-nos ser particularmente importantes para atenuar o medo de errar, do desconhecido e do novo e do confronto com a realidade que, na opinião, de Pagana (1988), Wilson (1994), Shipton (2002), Beck e Srivastava (1991) e Admi (1997) se constituem como fontes de stresse.

OUTRAS ESTRATÉGIAS/FORMAS DE AJUDA

Procurámos ainda saber, junto dos alunos, que alternativas sugeriam para que a ajuda pretendida fosse mais eficaz.

Deparámo-nos, uma vez mais, com respostas que nos remetem para o necessário e imprescindível acompanhamento assíduo e constante por parte do supervisor.

Conforme já referimos anteriormente, a presença do supervisor revela-se uma estratégia importante na aprendizagem dos alunos, em nossa opinião, não

só pelas oportunidades de aprendizagem, que a reflexão com ele propiciam, como também pelo suporte emocional que confere e pela relação de confiança que a proximidade pode fortalecer.

Os alunos não deixaram também de atribuir à relação interpessoal, na sua vertente comunicacional nos âmbitos supervisor-aluno, equipa-aluno e supervisor-equipa, grande importância na gestão do stress por eles percebido.

Este facto não é de todo surpreendente se atendermos que, na origem de algumas situações narradas, a relação interpessoal assume lugar de relevo.

Sá-Chaves (2000) entende a relação interpessoal como profícua a diferentes níveis, salientando-se a segurança proporcionada ao aluno, agindo o supervisor como um sujeito agilizador e facilitador da transição meso-sistémica, mas também pelo seu papel potenciador da relação intercontextual aproximando pessoas e instituições, factor que os nossos alunos também mencionaram.

O diálogo aberto e espontâneo, o respeito, a compreensão, a solidariedade e a confiança mútuas, são alguns dos atributos de uma relação interpessoal desejada (Alarcão & Tavares, 2003). Contudo, conforme refere Fachada (1991), a qualidade desta relação depende em muito da percepção que cada um tem de si próprio e dos outros, dos contextos onde a mesma se desenvolve, dos papéis por cada um desempenhados, dos objectivos para ela estabelecidos e, obviamente, dos seus intervenientes enquanto pessoas únicas.

CAPÍTULO III - CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES

Finalizado este trabalho, importa reflectir um pouco sobre o caminho percorrido, o seu ponto de chegada, mas também perspectivar novos pontos de partida. Neste capítulo daremos conta, dos principais resultados obtidos, face aos objectivos traçados, das recomendações deles decorrentes e que consideramos pertinentes, mas também das limitações encontradas.

Na **pesquisa teórica** realizada, foi unânime a concordância relativa à importância do ensino clínico na formação em enfermagem, viabilizador da aprendizagem através da experiência em contexto real da prática, que nenhum laboratório pode substituir.

De igual forma se verificou consenso quanto ao stress sentido pelos alunos durante o ensino clínico, salientando-se a multiplicidade de situações vivenciadas nos contextos da prática, susceptíveis de se revelarem indutoras de stress.

O stress, outrora visto apenas como uma reacção fisiológica do organismo, é agora compreendido como o resultado de uma relação entre o indivíduo e o meio, pelo que a sua percepção depende de inúmeros factores, desde os individuais aos do meio. Destaca-se o seu reflexo a nível orgânico e o efeito mediador do apoio social.

A supervisão e a supervisão clínica, nas suas concepções actuais, são compreendidas como processos, promotores da aprendizagem dos formandos, num ambiente relacional indutor, não só do desenvolvimento profissional, mas também pessoal. Contudo, muitos autores apontam a supervisão e a interacção com os supervisores como uma das principais fontes de stress dos alunos durante o ensino clínico.

As **opções metodológicas** por nós eleitas, com recurso a metodologias quantitativa e qualitativa, possibilitaram-nos a aquisição de dados susceptíveis de explicar relações entre variáveis, mas também nos permitiram aceder às preocupações dos sujeitos da amostra. A triangulação inter-métodos que procurámos concretizar no momento da análise dos dados, revelou-se profícua, reflectindo a convergência dos resultados obtidos.

Procurávamos, neste estudo, compreender qual o contributo da supervisão na gestão do stresse percebido pelos alunos em ensino clínico.

Os **resultados** obtidos levam-nos a concluir:

- Da existência de stresse durante o ensino clínico, que a maioria dos alunos percepçiona num nível médio, sendo contudo significativo o facto de alguns deles, o percepcionarem já num nível moderado e mesmo num nível elevado em grau moderado.
- Para estes valores concorreram principalmente a percepção de sintomas de stresse a as atitudes desenvolvidas no trabalho.
- Dos principais sintomas destacam-se a ansiedade/angústia e as perturbações do sono, e nas atitudes no trabalho foi evidente a referência ao facto de trabalharem para além do horário ou levarem trabalho para casa.
- ~~Fazer~~ as refeições à pressa e tentar fazer muitas coisas ao mesmo tempo, foram os aspectos mais referidos no domínio das actividades não saudáveis.
- No ambiente de trabalho, a burocracia assume-se como o aspecto mais evidenciado, mesmo quando avaliado em simultâneo com a adequada supervisão.
- O desempenho no trabalho parece constituir o factor que menos stresse induz nos alunos.
- As alunas de enfermagem percepçionam mais stresse que os seus colegas do género masculino e não existe correlação entre o stresse e a idade dos alunos.
- A família revelou-se um bom mediador de stresse, ao nível do desempenho no trabalho, uma vez que os alunos que com ela habitam

tendem a apresentar níveis mais baixos de stresse do que aqueles que habitam com colegas ou amigos.

- Relativamente aos factores intrínsecos aos alunos, destaca-se a relação que parece existir entre o nível de stresse e a percepção: do seu estado de saúde, que quanto melhor é a sua apreciação, menor é o nível de stresse; do impacto negativo do stresse no seu bem-estar, que quanto mais valorizado, maior é o nível de stresse; e da exposição ao stresse que, quanto mais é percebida, maior é o nível de stresse.
- Os ensinamentos clínicos privilegiados nas narrativas das situações indutoras de stresse são, o de Saúde Infantil e Pediátrica e o de Medicina.
- As situações referidas ocorreram, maioritariamente, no 3º e 4º ensinamentos clínicos e no início e no meio do seu decurso.
- Os supervisores responsáveis pelos ensinamentos clínicos, onde se verificaram as situações narradas, são na sua maioria, orientadores pedagógicos, sendo os grupos de estágio constituídos, habitualmente, por oito alunos.
- A maioria dos alunos referiu ter sido ajudado, na situação narrada, por pessoas das suas relações pessoais, onde se destacam os colegas e a família.
- Maioritariamente, também os alunos referiram não ter sido ajudados pelo supervisor.
- Nas situações narradas como indutoras de stresse, os alunos privilegiaram o domínio das relações interpessoais com a equipa de saúde e com o supervisor, assumindo as atitudes da equipa e o tipo de acompanhamento do supervisor, os lugares de destaque.
- Nas respostas ao stresse, os alunos evidenciaram, predominantemente, as manifestações do foro cognitivo, seguido do fisiológico.
- Dos alunos que referiram ter sido apoiados pelo supervisor na situação indutora de stresse, a maioria remete-nos para o apoio instrumental, seguido do perceptivo e do emocional, sendo que este último surge como reforço, ou apoio complementar de outro tipo de apoio, em alguns casos narrados.

- Quanto a outras formas de ajuda, os alunos destacaram o processo supervisivo, nas suas vertentes de acompanhamento e avaliação, e a relação interpessoal, sobretudo entre o supervisor e o aluno, como alternativas que se poderiam constituir como estratégias de ajuda para regular e atenuar os efeitos do stresse.

RECOMENDAÇÕES

Perante estas conclusões, somos levados a tecer algumas recomendações que se nos afiguram pertinentes:

- Os níveis de stresse aproximam-se perigosamente dos que Munson (2000) considera como dignos de atenção, o que, quando cruzado com o número de alunos que já consideraram a hipótese de deixar o curso devido ao stresse, nos leva a pensar ser urgente a adopção de estratégias que invertam esta tendência. Considerando o facto de a maioria dos alunos ter referido a ajuda dos colegas para superar a situação vivenciada como stressante, a constituição de grupos de apoio, formados pelos pares sob supervisão de alguém creditado neste domínio, poderá ser uma das estratégias viáveis.
- A vigilância periódica do estado de saúde dos alunos, poderá também constituir uma das vias de intervenção, dado possibilitar o rastreio precoce de alunos com menores recursos para lidar com o stresse.
- Desmistificar o exclusivo efeito negativo do stresse no bem-estar individual, sendo que, quando não é excessivo, o stresse pode ter efeitos positivos ao nível, por exemplo, da tomada de decisão.
- Dado o carácter ecológico de que se reveste o ensino clínico e a sua supervisão, consideramos que se deve privilegiar a relação intercontextual, aproximando os dois mundos na interdependência dos quais se localiza o ensino clínico - as instituições de formação e as de saúde, fazendo confluir para o mundo do aluno e do seu processo de aprendizagem o que de melhor existe em cada um, através, por exemplo, da construção de protocolos no âmbito da supervisão.

- Que estes protocolos sejam alvo de debate e reflexão ao nível operacional, de modo a clarificar os papéis de cada um dos intervenientes no ensino clínico, promovendo-se a consciencialização de todos da importância da sua colaboração.
- Que nas parcerias interinstitucionais seja considerada a necessária e imprescindível formação específica em supervisão para os enfermeiros que na prática irão desempenhar esta função.
- Que a supervisão de alunos, durante o ensino clínico, seja reconhecida como parte integrante do conteúdo funcional dos enfermeiros.
- Que o desempenho da função supervisiva de alunos em ensino clínico seja realizado em tempo integral, de modo a privilegiar-se o acompanhamento do aluno, a reflexão partilhada e a adopção de estratégias de observação, comunicação e questionamento, que não evidenciem apenas a sua componente avaliativa, mas que, pelo contacto constante, promovam a segurança e o apoio necessários ao aluno.
- Dado o significado atribuído à relação interpessoal nas narrativas dos alunos, enquanto situações indutoras de stresse, mas também à importância que lhe atribuem na regulação do seu efeito negativo, na formação de supervisores deverá constar a dimensão relacional como ponto fulcral para o desenvolvimento pessoal e profissional do aluno.

Estamos certos que uma relação interpessoal que se pautar pelos valores do humano e que privilegie o diálogo franco e aberto, a comunicação assertiva entre todos os actores envolvidos e a reflexão como ponto de partida para a descoberta de nós mesmos e dos outros, possibilitará ao aluno uma leitura diferente da realidade que vivencia, uma significação positiva das experiências vivenciadas e, conseqüentemente, uma forma diferente de encarar o futuro quando profissional.

LIMITAÇÕES

Nesta caminhada que, por vezes, se revelou árdua, foram algumas as limitações e constrangimentos que experienciámos.

As limitações tiveram o seu início na pesquisa teórica, onde constatámos grande dificuldade em encontrar estudos portugueses realizados neste domínio. Os trabalhos realizados noutros países são também escassos e alguns deles não muito recentes.

No que respeita ao instrumento de recolha de dados, deparámo-nos com a dificuldade em encontrar uma escala aferida para a população portuguesa e adaptada à população alvo, pelo que surgiu a necessidade de traduzir e adaptar uma que, conforme já referimos anteriormente, é constituída por cinco subescalas, sendo que a relativa à avaliação do stresse percebido pelos alunos no domínio do desempenho no trabalho, não traduz da melhor forma esta realidade. Relativamente aos resultados, e tendo em conta que não poderão ser generalizados, não deixa contudo de poder ser transferida a sua leitura para realidades idênticas.

Face ao exposto, sugerimos a realização de outros estudos, eventualmente de limites territoriais mais alargados, com recurso a amostragem probabilística, de modo a possibilitar a generalização dos resultados, bem como estudos comparativos entre diferentes instituições de formação uma vez que, conforme já referido, podem ter planos de estudos diferentes, e entre diferentes anos do curso, permitindo-se assim avaliar as nuances do stresse percebido pelos alunos ao longo da sua formação.

Relativamente à escala utilizada para avaliar o nível de stresse percebido pelos alunos, sugerimos que em futuros trabalhos se reconsidere a readaptação da subescala Desempenho no Trabalho, de modo a poder traduzir mais fielmente a generalidade do trabalho desenvolvido pelos alunos durante o ensino clínico.

Por fim, importa referir as limitações pessoais sentidas ao longo deste percurso e onde, à semelhança dos nossos alunos, a gestão do tempo ocupa também um importante lugar.

De facto, conciliar o tempo despendido nesta pesquisa com a vida familiar e profissional, constituiu um enorme desafio que, paulatinamente, foi sendo superado com a (re)descoberta das nossas capacidades e com o apoio imprescindível e incondicional de muitas pessoas significativas.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das culturas locais às estratégias Identitária dos enfermeiros (estudo multicaso)*. Coimbra: Sinais Vitais e Educa.
- Abreu, W. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade. *Sinais Vitais*, 45, 53-57.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W.(1997). Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros: Subsídio para um Estudo Ecológico da Formação em Contexto de Trabalho Hospitalar. In R. Canário (org.), *Formação e Situações de Trabalho* (pp. 147-168). Porto: Porto Editora.
- Admi, H. (1997). Nursing students' stress during the initial clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 7 (36), 323-327.
- Alarcão, I. (1996a). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. In: I. Alarcão (org.), *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de supervisão* (pp. 11-35) Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (1996b). Ser Professor Reflexivo. In: I. Alarcão (org.), *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de supervisão* (pp. 71-189). Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*, 6, 53-59.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Allen Gomes, A. (1993). *As atitudes dos enfermeiros perante a doença grave* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Universidade de Coimbra.

- Almeida, T., Pereira, A., & Pedrosa, H. (2006). Sintomas de stresse e impacto na saúde no ensino clínico de enfermagem. In: I. Leal, J. Ribeiro, & S. N. Jesus (Ed.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 769-774). Lisboa: I.S.P.A.
- Amaral, J., & Pereira, A. (2004). O stresse nos profissionais do I.N.E.M. In: J. Ribeiro, & I. Leal (Ed.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – A Psicologia da Saúde Num Mundo Em Mudança* (pp. 707-711). Lisboa: I.S.P.A.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. (3ª Ed.) Lisboa: Edições 70.
- Beck, DL., & Srivastava, R. (1991). Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 30 (3), 127-133. Consultado em Junho, 29, 2005, através de MEDLINE (1850792).
- Belo, A. (2003). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem. Perspectiva do aluno* (Dissertação de Mestrado). Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa.
- Bento, M. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem, Que Identidade?*. Lisboa: Fim de Século.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Booth, K. (1988). O «stress» e a enfermagem. *Nursing*, 11, 7-10.
- Breakwell, G. (1990). Prevenção do stresse no trabalho (A. Loff, Trad. 1991). *Enfermagem em Foco*, 2, 58.
- Campos, B. (1991). *Educação e Desenvolvimento Pessoal e Social*. Porto: Edições Afrontamento.
- Cavanagh, S. J., & Snape, J. (1997). Educational sources of stress in midwifery students. *Nurse Education Today*, 17 (2), 128-134.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

- Costa, A. (1997). Formação, Práticas dos Enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 1, 6-16.
- Costa, A. (1998). *Enfermeiros: Dos Percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Costa, J. (2003). *Imagens Organizacionais da Escola*. Porto: ASA.
- Cottrell, S. (2000). *Draft Policy for Clinical Supervision*. Consultado em Junho, 28, 2004, através de <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>
- Cutrona, C. E. (1990). Stress and Social Support: In search of optimal matching. *Journal of social and Clinical Psychology*, 9., 3-14.
- Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro. D.R. I Série – A. pp. 6198-6201(Publicação das Regras Gerais do Ensino da Enfermagem).
- Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. D.R. I Série 257. pp. 5723-5741 (Aprova o novo regime legal da Carreira de Enfermagem).
- Elliott, M. (2002). The Clinical Environment: A Source of Stress for Undergraduate Nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20, 34-38.
- Fachada, M. (1991). *Psicologia Das Relações Interpessoais*. Lisboa: Rumo.
- Faria, M. C., Carvalho, S., & Chamorro, C. (2004). Saúde e comportamentos aditivos no ensino superior. In J. Ribeiro, & I. Leal (Ed.), *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 183-189). Lisboa: ISPA.
- Faria, M. C., Chamorro, C., Carvalho, S., & Rocha, A. T. (2004). Auto-cuidado em saúde e consumo de substâncias no ensino superior. In J. Ribeiro, & I. Leal (Ed.), *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 177-181). Lisboa: ISPA.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Francisco, C., & Pereira, A. (2004). Supervisão e sucesso do desempenho do aluno no estágio. *Revista Digital*, 10 (69), Buenos Aires (www.efdeportes.com).

- Francisco, C.; Pereira, A., & Pereira, G. (2004). Fontes de stresse do estudante estagiário: Contributos da supervisão para o bem-estar do aluno. In J. Ribeiro, & I. Leal (Ed.), *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 111-117). Lisboa: ISPA.
- Franco, J. (1999). *Orientação de Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem: Problemáticas Específicas e Perspectivas de Actuação* (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Franco, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação: *Investigação em Enfermagem*, 1, 32-50.
- Graça, L., & Henriques, A. (2000). Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal. Consultado em Junho, 20, 2004, através de <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos62.html>.
- Gwele, N. e Uys, L. (1998). Levels of stress and academie performance in baccalauiate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 37 (9), 404-407.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Hobfoll, S. E., Vaux, A. (1993). Social support: Social Resources and Social Context. In L. Goldberger, & S. Breznits (Ed.), *Handbook of Stress – Theoretical and Clinical Aspects* (2ª ed.), (pp. 685-705). New York: Free Press.
- Johns, C. (2000). *Becoming a Reflective Practitioner*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Jones, MC., & Johnston, DW. (1997). Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (3), 475-482. Consultado em Junho, 29, 2005, através de MEDLINE (9378866).
- Kirkland, M. (2004). *Stressors and coping strategies among successful female African American baccalauiate nursing students*. Consultado em Abril, 26, 2004, através de <http://proquest.umi.com/pqdweb?index>.
- Kitchen, S. (1999). An appraisal of models of reflection and clinical supervision. *Journal of Nursing*, 7 (9), 313-317.

- Kleehammer, K., Hart, L., & Keck, J. (1990). Nursing students' perceptions of anxiety-producing situations in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*, 29 (4), 183-187.
- Knight, J. (1999). Mental Health. Risk is highest for students. *Nursing Standard*, 13 (16), 5. Consultado em Abril, 26, 2004, através de ProQuest Nursing Journals (385446449).
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis*. London: Sage Publications.
- Labrador, F. (1995). *Stress – Novas técnicas para o seu contolo*. Lisboa: Edições Temas da Actualidade.
- Lo, R. (2002). *A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study*. Consultado em Março, 20, 2004, através de http://intapp.medscape.com/px/medlineapp/getdoc?ord=1&searchid=1&have_local_holdings_file=1&local_journals_only=0&searchstring=A+longitudinal+study+of+perceived+level+of+stress%2C+coping+and+self-esteem+of+undergraduate+nursing+students%3A+on+Australian+case+study.
- Maguire, P. (1989). O stress provocado pelo contacto com doentes em estado crítico. *Nursing*, 18, 21-24.
- Mahat, G. (1996). Stress and coping: first-year Nepalese nursing in clinical settings. *Journal of Nursing Education*, 35 (4), 163-169. Consultado em Junho, 29, 2005, através de MEDLINE (8830130).
- Martins, A. (1995). *Experiência do Aluno com a Criança Doente: Uma Análise Fenomenológica* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Mendes, A. (2002). *Stress e Imunidade*. Coimbra: Formasau.
- Menezes I. (1999). *O desenvolvimento Psicológico na Formação Pessoal e Social*. Rio Tinto: Edições ASA.
- Morna, M.C. (1995). *Interacção Professor-Aluno nas Práticas Clínicas de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.

- Munson, C. (2002). *Handbook of Clinical Social Work Supervision* (3ª ed.). New York: The Haworth Social Work Practice Press.
- Nogueira, M. (1990). *História da enfermagem*. Porto: Edições Salesianas.
- Oermann, M. (1998). Work-related stress of clinical nursing faculty. *Journal of Nursing Education*, 7 (37), 302-304.
- Oermann, M., & Standfest, K. (1997). Differences in stress and challenge in clinical practice among AND and BSN students in Varying Clinical Courses. *Journal of Nursing Education*, 5 (36), 228-233.
- Oliveira, C. (1998). *O Stress e Coping nos Estágios. A Experiência dos alunos e a relação com o cliente* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Oliveira, C. (2000). O stress e coping dos alunos em estágio e a relação com o cliente. *Servir*, 6 (47), 286-295.
- Oliveira, M. L. (1999). O Contexto Supervisivo na Formação de Professores. In *Actas do I Congresso Nacional de Supervisão. Supervisão na Formação contributos inovadores* (pp. 170-176). Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa.
- Oliveira-Formosinho, J. (2002). *A Supervisão na Formação de Professores II. Da Organização à Pessoa*. Porto: Porto Editora.
- Omigbodun, O., Onibokun, A., Yusuf, B., Odukogbe, A., Omigbodun, A. (2004). Stressors and Counseling Needs of Undergraduate Nursing Students in Idaban, Nigeria. *Journal of Nursing Education*, 43 (9), 412-416.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários*.
- Ordem dos enfermeiros (2005). Consultado em Outubro, 16, 2005, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Pagana, K. (1988). Stresses and threats reported by baccalaureate students in relation to an initial clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 27 (9), 418-424.

- Pedrosa de Jesus, H. (2004). *Relatório da Disciplina de Observação e Análise em Educação e Formação. Curso de Mestrado em Supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, A. (1991). *Coping, auto-conceito e ansiedade social (sua relação com o rendimento escolar)* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Pereira, A. (1997a). *Helping students cope: peer counselling in higher education* (Tese de Doutoramento). Hull: University of Hull.
- Pereira, A. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In J. Tavares (Ed.), *Resiliência e Educação* (pp 76-94). São Paulo: Cortez Editora.
- Pereira, A. (2006). Stresse e doença. Contributo da Psicologia na última década. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 145-167). Coimbra: Quarteto Editora
- Pereira, A. M. S. (1997b). Stresse e coping no aluno universitário. In VI Seminário – *A componente de Psicologia na formação de professores e outros agentes educativos* (pp. 219-236). Évora: Universidade de Évora.
- Pereira, A. M. S. (1999). Resiliência e Estratégias de *Coping* no Encontro do Terceiro Milénio. In J. Tavares (Ed.), *Investigar e Formar em Educação. IV Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação*. (I Vol) (pp. 373-378). Aveiro.
- Pereira, A. M. S. (1999). Sucesso versus Insucesso: Taxonomia das necessidades do aluno. In J. Tavares (Ed.), *Investigar e Formar em Educação. IV Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação* (I Vol) (pp. 129-136). Aveiro.
- Pereira, A. M. S., & Williams, D.I. (2001). Stress and coping in helpers on a student “nightline” service. *Counselling Psychology Quarterly*, 14 (1), 43-47.
- Pereira, A., Motta, E., Pinto, C., Melo, A., Bernardino, O., Lopes, P., & et al. (2004). Aplicação de um programa de controlo do stresse e ansiedade na

- universidade. In J. Ribeiro, & I. Leal (Ed.), *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 127-132). Lisboa: ISPA.
- Pereira, A.; Masson, A.; Ataíde, R., & Melo, A. (2004). Stresse, ansiedade e distúrbios emocionais em estudantes universitários. In J. Ribeiro, & I. Leal (Ed.), *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde* (pp. 119-125). Lisboa: ISPA.
- Portugal, G. (1992). *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: CIDInE.
- Puig, V. A., Gonzaga, C. F., Cortes, I. O., Salva, M. R. P., Ferri, M. T. R., & Domene, D. R. (1990). Estrés en Estudiantes de Enfermería. *Revista ROL de Enfermería*, 140, 75-78.
- Queirós, A., Silva, L., Santos, E. (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodrigues, M. (1993). *Valores a Promover no Curso de Bacharelato em Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, V. (1998). *O Desenvolvimento da Dimensão Inter-Pessoal no Âmbito da Formação em Enfermagem* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Roldão, M. C. (2003). *Gestão do Currículo e Avaliação de Competências – As questões dos Professores*. Lisboa. Editorial Presença.
- Ruas, P. & Pereira, A.M.S. (2003). Prática Pedagógica – Quem és tu? Contributos reflexivos para formação inicial. *Ludens*, 17, (2), 11-16.
- Ruas, P., & Pereira, A. M. S (2002). Avaliação da supervisão pedagógica: contributos para a organização escolar. In J. Costa (Org), *Avaliação de Organizações Educativas* (pp. 161-171). Aveiro: Universidade de Aveiro.

- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão - Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Salgueiro, A. (2001). *Expectativas dos Estudantes do Ensino Superior de Enfermagem*. Lisboa: Universitária Editora.
- Santos, B. (1997). *A participação dos pais na sala de aula: uma abordagem curricular instituinte uma dimensão supervisiva nas funções do professor* (Dissertação de Mestrado). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Santos, M. E. (1993). Práticas educativas familiares: uma realidade multidimensional. *Noesis*, 27.
- Shipton, S. P. (2002). The process of seeking stress-care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical. *Journal of Nursing Education*, 41, 243-257.
- Silva, D. (2004). *Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem*. Consultado em Maio, 01, 2004, através de <http://www.dia.unl.pt/~dasilva/>
- Soares, J. (1997). *Do trabalho de mulher a uma branca*. Lisboa: Educa e APE.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência.
- Tavares, J. (Ed.). (1993) *Dimensão Pessoal e Interpessoal na Formação*. Aveiro: CIDInE.
- Tavares, J., Yunes, M., Szymanski, H., Pereira, A. M. S., Ralha-Simões, H., & Castro, M. (2001). *Resiliência e Educação*, São Paulo: Cortez Editora.
- Teixeira, M. L. (2000). *Factores Facilitadores e Dificultadores da Aprendizagem na Prática Clínica. Abordagem Fenomenológica das Vivências dos alunos* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Todd, G., & Freshwater, D. (1999). Reflective practice and guided discovery: clinical supervision. *British Journal of Nursing*, 20 (8), 1383-1389.

- Valadas, A. (1995). *Ansiedade nos Alunos. A Experiência nos Estágios* (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- Van Velze, M. (1991). *A Relação Teoria-Prática na Formação em Enfermagem*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.
- Vaz Serra, A. (Ed.). (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra.
- Vieira, F. (1993). *Supervisão – Uma Prática Reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto: ASA.
- Weatley, M. (1999). Nursing Mangement. *Proquest Nursing Journal*, 3 (6), 28-32.
- Williams, D. I., & Pereira, A. M. S. (1999). Um modelo de Supervisão em Aconselhamento Psicológico, In *Actas do I Congresso Nacional de Supervisão. Supervisão na Formação contributos inovadores* (pp. 252-255). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Williams, D. I., & Pereira, A. M. S. (1999). Um modelo de supervisão em aconselhamento psicológico. In *Actas 1º Congresso Nacional de Supervisão na formação. Contributos inovadores* (pp. 252-253). Publicação em formato CDRom.
- Wilson, M. (1994). Nursing student perspective of learning in a clinical setting. *Journal of Nursing Education*, 33 (2), 81-86.
- Wongchai, L. (2000). *Stress and ways of coping among third year nursing student faculty of nursing Chiang Mai University*. Consultado em Junho, 20, 2004, através de <http://www.grad.cmu.ac.th/abstratct/1999/nur/abstract/nur990032.html>.

ANEXOS

ANEXO 1

GRELHA DO MÉTODO DE REFLEXÃO FALADA

GRELHA DE REFLEXÃO FALADA SOBRE O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Comportamentos Verbais	Comportamentos Não Verbais
1 – Pede esclarecimento sobre o preenchimento do instrumento de colheita de dados. <div style="text-align: center;">Não _____ Sim _____</div>	1 – Demonstra desagrado quando do primeiro contacto com o instrumento de colheita de dados. <div style="text-align: center;">Não _____ Sim _____</div>
2 – Pede esclarecimento sobre o significado da palavra: <div style="text-align: center;">_____ Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">_____ Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">_____ Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">_____ Pergunta _____ Parte _____</div>	2 – Demonstra desagrado quando verifica o tamanho do instrumento de colheita de dados. <div style="text-align: center;">Não _____ Sim _____</div>
3 – Pede esclarecimento sobre o sentido da pergunta: <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div>	3 – Mostra concordância / satisfação perante a(s): <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div>
4 – Manifesta discordância sobre a formulação da pergunta: <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div>	4 – Mostra discordância / insatisfação perante a(s): <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div>
5 – Manifesta falta de pertinência da pergunta: <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div> <div style="text-align: center;">Pergunta _____ Parte _____</div>	5 – Mostra-se entediado durante o preenchimento do instrumento de colheita de dados. <div style="text-align: center;">Não _____ Sim _____</div>
Tempo mínimo	Tempo máximo
Observações	

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Ex.^{mo(a)} Sr(a). sou enfermeira e encontro-me a frequentar o Mestrado em Supervisão, no âmbito do qual estou a desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema “Contributo da supervisão na gestão do stresse dos alunos de enfermagem em ensino clínico”.

Este trabalho visa a obtenção de dados que permitam compreender melhor a forma como o ensino clínico, parte integrante do processo de formação inicial de enfermeiros, é vivenciado pelos alunos, pelo que o seu contributo é imprescindível.

Recordamos que do ensino clínico faz parte todo o trabalho, de natureza teórico e prático, desenvolvido no seu âmbito.

Neste questionário não há respostas certas ou erradas, apenas procuramos saber como vivenciou essa experiência, daí ser fundamental a sinceridade das suas respostas.

Por favor siga as instruções de preenchimento procurando não deixar perguntas por responder (excepto as de carácter exclusivo).

Todas as respostas são anónimas e confidenciais.

Obrigada pela sua colaboração.

Teresa Maria Reis Teixeira Almeida

Coimbra, Fevereiro 2005

PARTE I

Para responder às questões que se seguem, por favor reporte-se à sua experiência/vivência durante todos os estágios que já realizou.

Dimensão 1: Coloque uma cruz no quadrado que antecede a sua resposta.

- 1 – Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino;
- 2 – Idade ____ Anos
- 3 – Estado civil: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Outro;
- 4 – Nº de filhos ____
- 5 – Durante o Curso reside: ☐ Só ☐ Com amigos/colegas ☐ Com a família
- 6 – A residência durante o período de estágio é a mesma que a habitualmente? ☐ Não ☐ Sim
- 7 – Durante o período de estágio, reside: ☐ Só ☐ com amigos/colegas ☐ com a família
- 8 – Pensa que o seu trabalho durante os estágios é stressante? ☐ Não ☐ Sim
- 9 – Pensa que o seu trabalho durante os estágios lhe provoca(ou) perturbações físicas? ☐ Não ☐ Sim
- 10 – Pensa que o seu trabalho durante os estágios lhe provoca(ou) perturbações psicológicas? ☐ Não ☐ Sim
- 11 – Alguma vez considerou deixar o seu curso devido ao stress? ☐ Não ☐ Sim
- 12 – Alguma vez discutiu o seu trabalho nos estágios com o seu
cônjuge/companheiro/amigo/familiar? ☐ Não ☐ Sim
- 13 – Alguma vez se arrependeu de ter escolhido um curso de cariz social? ☐ Não ☐ Sim
- 14 – Como descreveria o seu estado de saúde no ano anterior ao início do estágio?
☐ Fraco ☐ Razoável ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐ Excelente
- 15 – Como avalia o seu sucesso académico?
☐ Fraco ☐ Razoável ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐ Excelente
- 16 – Por favor, assinale de 1 (Nenhum) a 5 (Muito) o nível de stress a que se sente exposto durante os períodos de estágio?
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
- 16.1 – O impacto negativo do stress no seu bem-estar.
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Subescala 1: Nas secções seguintes, coloque um círculo no nº à direita das questões que melhor descreva a sua experiência durante os períodos de estágio.

(1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre)

1 – Cefaleias	1	2	3	4	5
2 – Constipações	1	2	3	4	5
3 – Gastralgias	1	2	3	4	5
4 – Tonturas	1	2	3	4	5
5 – Ataques de choro	1	2	3	4	5
6 – Tensão muscular	1	2	3	4	5
7 – Cãibras	1	2	3	4	5
8 – Perturbações do sono	1	2	3	4	5
9 – Problemas de memória	1	2	3	4	5
10 – Ansiedade/Angústia	1	2	3	4	5

Subescala 2. Durante os períodos de estágio com que frequência se envolve nas seguintes actividades.
(1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre)

11 – Bebe muito bebidas alcoólicas	1	2	3	4	5
12 – Fuma muito	1	2	3	4	5
13 – Consome estupefacientes	1	2	3	4	5
14 – Não se sente motivado para praticar actividade física	1	2	3	4	5
15 – Vê televisão durante muito tempo	1	2	3	4	5
16 – Não toma refeições equilibradas	1	2	3	4	5
17 – Faz as refeições à pressa	1	2	3	4	5
18 – Tenta fazer muitas coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5
19 – Passa demasiado tempo sozinho	1	2	3	4	5
20 – Vê televisão, ouve rádio ou lê para adormecer	1	2	3	4	5

Subescala 3. Nos períodos de estágio com que frequência experiencia o que se segue.
(1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre)

21 – Sente-se desvalorizado e usado pelos doentes	1	2	3	4	5
22 – Sente que os doentes constroem os seus próprios problemas	1	2	3	4	5
23 – Sente-se apreensivo quando conhece novos doentes	1	2	3	4	5
24 – Sente que os doentes o enervam	1	2	3	4	5
25 – Fica irritado quando os doentes não cumprem as indicações dadas	1	2	3	4	5
26 – Distrai-se enquanto está a entrevistar um doente	1	2	3	4	5
27 – Evita ajudar doentes com problemas especiais	1	2	3	4	5
28 – Sente que não compreende a raiva dos doentes	1	2	3	4	5
29 – Evita passar chamadas telefónicas para o doente	1	2	3	4	5
30 – Sente que os doentes na realidade não querem mudar	1	2	3	4	5

Subescala 4. Nos estágios, com que frequência experiencia o seguinte.
(1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre)

31 – Sinto que o meu trabalho no estágio é aborrecido	1	2	3	4	5
32 – Sinto-me encurralado no meu trabalho durante o estágio	1	2	3	4	5
33 – Fico irritado com o meu trabalho durante o estágio	1	2	3	4	5
34 – Deixo que as experiências no estágio me deprimam	1	2	3	4	5
35 – Sinto-me “esmagado” com o meu estágio	1	2	3	4	5
36 – Sinto que o estágio não é adequado, não responde às necessidades da minha futura profissão	1	2	3	4	5
37 – Penso que as tarefas que tenho de desenvolver não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
38 – Trabalho para além do horário, ou levo trabalho para casa	1	2	3	4	5
39 – Penso que o melhor é evitar os meus colegas de estágio	1	2	3	4	5
40 – Sinto que a minha vida seria melhor se escolhesse outra profissão	1	2	3	4	5

(1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre)

41 – Não é um bom sítio para estagiar	1	2	3	4	5
42 – A equipa tem problemas constantes	1	2	3	4	5
43 – A minha supervisão não é adequada	1	2	3	4	5
44 – O trabalho burocrático é excessivo	1	2	3	4	5
45 – Não há um suporte positivo na equipa	1	2	3	4	5
46 – Detesto ir estagiar	1	2	3	4	5
47 – Não tenho privacidade no local de estágio	1	2	3	4	5
48 – Os chefes não se preocupam com os estagiários	1	2	3	4	5
49 – Sinto desagrado para com os meus colegas de trabalho	1	2	3	4	5
50 – As condições de trabalho no estágio são más	1	2	3	4	5

PARTE II

1 – Descreva uma situação por si vivenciada durante o estágio que lhe tenha causado stresse, (o que aconteceu, como, quem interveio e como se sentiu).

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Para responder às questões que se seguem, por favor reporte-se ao estágio onde decorreu a situação narrada na questão anterior.

2 – Em que área específica do ensino clínico de enfermagem essa situação ocorreu?

- 2.1 – ☐ Estágio de Saúde Mental e Psiquiátrica 2.2 – ☐ Estágio de Medicina
2.3 – ☐ Enfermagem de Cirurgia 2.4 – ☐ Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários
2.5 – ☐ Estágio de Saúde Materna e Obstétrica 2.6 – ☐ Estágio de Saúde no Idoso e Geriatria
2.7 – ☐ Estágio de Saúde infantil e Pediátrica

3 – A situação relatada ocorreu no ☐ 1º ☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐ 5º estágio.

4 – Em que fase do estágio ocorreu essa situação? ☐ Início ☐ Meio ☐ Fim

5 – Em que fase do turno ocorreu essa situação? ☐ Início ☐ Meio ☐ Fim

6 – O seu supervisor é/era: ☐ Professor ☐ Tutor/Serviço ☐ Orientador Pedagógico Total/Serviço

7 – Na situação referida o grupo de estágio é/era constituído por quantos alunos? _____

8 – Teve ajuda para ultrapassar a situação que descreveu? ☐ Não ☐ Sim

8.1 – Se respondeu Sim, de quem? _____

9 – O seu supervisor contribuiu de alguma forma para o ajudar? ☐ Não ☐ Sim

9.1 – Se Sim, de que forma é que ele contribui para o ajudar (o que ele fez ou disse e como se sentiu)?

10 – Na sua opinião, que outras estratégias/formas poderiam ter sido utilizadas para que a ajuda fosse mais eficaz?

Observações/Comentários/Sugestões

Obrigada

ANEXO 3

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Ex.^{mo} Sr. Presidente do Conselho Directivo
Da Escola Superior de Enfermagem

Teresa Maria Reis Teixeira de Almeida, actualmente a frequentar o Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, no âmbito do qual se encontra a desenvolver um trabalho de investigação, que permita compreender o contributo da supervisão no ensino clínico dos alunos de enfermagem, relativamente ao stresse por eles vivenciado, vem solicitar a V. Ex.^a se digne autorizar a aplicação do instrumento de colheita de dados, que junto se anexa, aos alunos do 3º Ano do Curso Superior de Enfermagem.

Mais se acrescenta que a participação dos alunos no estudo é voluntária e que todos os dados obtidos, relativos às instituições, respondentes e/ou referidos são confidenciais e anónimos.

Certa que dará ao assunto a sua melhor atenção, agradece antecipadamente a colaboração solicitada.

Pede deferimento

Coimbra, 27 de Outubro de 20004

ANEXO 4

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA.

Dear Sir

I am in the process of writing my Master's Dissertation titled "The Contribution of supervision to stress management during the initial clinical training in nursing students".

I would be very grateful if you could authorized me to use, only for research proposal, the "Short form stress scale (SFSS), Appendix VII, inserted in the "Handbook of Clinical Social Work Supervision".

I'm looking forward to hearing from you soon.

Sincerely yours,

Teresa Almeida

Student of the Master Program of Supervision at the University of Aveiro, Portugal.

Dear Teresa,

Thank you for your patience. Permission has been granted for you to use the "Short form stress scale (SFSS), Appendix VII", from Handbook of Clinical Social Work Supervision in your Master's Dissertation:

No fee will be required for this one time use. This permission is for your Master's project only, if your paper is accepted for publication, we will need a new letter requesting permission.

If I can be of further assistance please do not hesitate to contact me.

Sincerely,

Cathi Forker

R&PM/Royalties Assistant

The Haworth Press, Inc.

10 Alice Street

Binghamton, NY 13904

Phone: (607) 722-5857 Ext 387

Fax: (607) 722-1424

E-mail: cforker@haworthpress.com

Visit our Website: www.haworthpress.com

ANEXO 5

RESUMO DOS INTERVENIENTES NO PROCESSO DE AJUDA.

INTERVENIENTES NO PROCESSO DE AJUDA

Intervenientes	n	%
Amigos e Supervisor	2	1,3
Amigos	3	1,9
Colegas, Supervisor e Enfermeiro	1	0,6
Colegas e Auxiliar	1	0,6
Colegas e Enfermeiro	3	1,9
Colegas e Supervisor	5	3,1
Colegas	33	20,8
Enfermeiro	12	7,5
Supervisor e Enfermeiro	1	0,6
Família, Amigos e Colegas	1	0,6
Família e Amigos	5	3,1
Família e Colegas	2	1,3
Família	3	1,9
INEM	2	1,3
Namorado	1	0,6
Supervisor, Enfermeiro, Amigos e Família	1	0,6
Supervisor, Enfermeiro e Doente	1	0,6
Supervisor e Professor	1	0,6
Supervisor	11	6,9

ANEXO 6

**RESULTADO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO E DAS
OBSERVAÇÕES / COMENTÁRIOS / SUGESTÕES
(APRESENTADO EM CDROM)**

NATUREZA DA SITUAÇÃO INDUTORA DE STRESSE

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES de REGISTO	N.º DE ORDEM
Competências do Aluno	Metodológicas	"Tenho dificuldade em seleccionar a informação mais pertinente e saber o que é mais importante dizer-se e o que não é relevante para aquele momento."	9
Competências do Aluno	Relacionais	"A enfermeira orientadora questionou (...). Eu sabia a resposta, mas como tinha medo de estar errada, não respondi."	86
Competências do Aluno	Relacionais	"As sessões de educação para a saúde, no início, começaram por me fazer bastante confusão (...). Tinha medo de estar exposta perante gente nova (...)."	104
Competências do Aluno	Técnicas	"(...) não consegui realizar com sucesso as 2 primeiras colheitas de sangue."	23
Competências do Aluno	Técnicas	"Aquando da administração de alimentação enteral, desadaptou-se a sonda da seringa, dando um banho de sopa a mim e ao doente (...)."	146
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Sou trabalhadora-estudante (...). No início de cada estágio vou ter com o orientador e professor orientador do estágio e explico a situação, alguns deles responderam-me assim: quanto a isso não posso fazer nada se vai ter de faltar mesmo que seja para trabalhar vai ter de ser prejudicada por isso."	1
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) a coordenadora (...) apenas se preocupava em pedir trabalhos escritos."	14
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) na 1ª semana de estágio estavam 6 enfermeiros (...) 3 dos quais foram assistir a uma formação. Neste período de tempo o trabalho pareceu dobrar, e os enfermeiros já não tinham mãos a medir e ainda por cima apareceu uma urgência."	15
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Durante a 4ª semana de estágio tinha que desenvolver uma síntese reflexiva final, uma sessão de educação para a saúde e ainda tive frequência da disciplina de opção (...) a orientadora (...) só na terça-feira nos informou que a síntese que pretendia era na sua totalidade em moldes diferentes do que eu já havia feito."	22
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) ocorreu devido à sobrecarga de trabalhos escritos e poucas horas de sono."	31
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) houve necessidade de escolher um estudo de caso para ser discutido com os colegas e a equipa de enfermagem. Tendo sido escolhido o meu trabalho, tive que o apresentar sem estar preparada."	48
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Acontece que a partir do momento que soube que ia estagiar para aquele local que uma onda de stresse me invadiu dado que aquela não era uma área do meu interesse (...)."	49
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"De acordo com o planeado (...) fomos impelidos a realizar uma sessão de educação para a saúde. O orientador (da escola) já depois de termos combinado com o enfermeiro do Centro de Saúde, as datas adiou tudo."	53
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) sobrecarga de trabalhos teóricos que temos de realizar."	62
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) o verdadeiro stresse surge devido ao excesso e sobrecarga de horas de estágio, muitos objectivos a atingir e inúmeros trabalhos para realizar."	64
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O professor não percebeu que o estágio foi encurtado por feriados, festas académicas e greves e mesmo assim exigiu trabalho a realizar quase de um dia para o outro."	69
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Estar muito tempo numa unidade, sem ter nada para fazer."	71

Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) excesso de trabalho."	72
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"A realização de um reflexão estruturada proposta pela orientadora de estágio, que realizei não tendo assistido à sua explicação sobre as directivas (...)."	89
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O facto de ter um grande número de trabalhos para realizar."	92
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) sermos bombardeados com trabalhos, ou seja, para além das oito horas de trabalho no serviço temos ainda de ir para casa trabalhar."	94
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) a realização de trabalhos escritos."	95
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) tinha muitos trabalhos para elaborar e não tinha tempo para os fazer."	97
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O facto de ter imensos trabalhos para realizar."	99
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"A carga excessiva de trabalhos que tinha de realizar."	100
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) tenho muitos trabalhos para realizar (...)."	101
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Todas as integrações nos locais de estágio são stressantes. É um constante iniciar de tudo o que já estava alcançado, confiança na equipa, no teu trabalho e nos doentes."	105
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O início do estágio de medicina, a forma como o estágio era orientado, a quantidade de trabalhos e o questionamento frequente dos nossos conhecimentos tornou-se um momento muito stressante."	121
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) foi o facto de termos vários trabalhos para casa (...)."	144
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O stress para fazer trabalhos escritos é o que mais me preocupa. Para além do trabalho de estágio ainda trazemos trabalho para casa e por vezes para entregar no dia seguinte."	154
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"A equipa de enfermagem não estava receptiva à nossa presença (...)."	3
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Quando na última semana de estágio a enfermeira chefe (...) nos disse que não estávamos a cumprir com os nossos objectivos (...)."	5
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Estava lá uma enfermeira que disse à frente da mãe da criança que eu não podia entrar no quarto sem máscara. (...). Horas mais tarde vi essa mesma enfermeira sem máscara dentro do quarto."	13
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"A má vontade de alguns profissionais de enfermagem em aceitar a opinião dos alunos. "	21
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"O enfermeiro não se mostrou disponível para esclarecer as muitas dúvidas que eu tinha e, durante o turno ia solicitando que fizesse várias coisas sozinha (...)."	29
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) toda a equipa de enfermagem (...) "rotulou" uma utente como sendo seropositiva (...)."	30
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Fui (...) distribuída para uma enfermeira que praticamente não me dirigiu a palavra nem me explicou qualquer procedimento."	33
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Uma enfermeira chamou-me à atenção sobre algo que tinha feito em frente às minhas colegas e no meio do hall (...)."	35
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) uma auxiliar de acção médica me mandou ir buscar o saco para as roupas sujas, encontrando-se ela a realizar uma tarefa.(...). A enfermeira falou com a auxiliar e esta negou o que tinha dito."	38
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"A equipa de enfermagem ignorava e gozava os estagiários."	43
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Num dos momentos em que me dirigi ao quarto para o posicionar [doente] fui impedido por uma auxiliar de acção médica que alegava querer limpar o dito quarto (...)."	50

Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) sentia que a equipa de enfermagem não se preocupava sequer em apoiar os estagiários."	51
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Quando procurava ajudar uma senhora enfermeira foi-me recusada a ajuda e respondido de forma rude."	52
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) uma enfermeira da "velha guarda" pediu-me que fizesse a higiene matinal de uma idosa totalmente dependente (...) acabei por realizar a higiene da doente sozinho (...)."	56
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) fiquei com uma enfermeira que não me deixou fazer quase nada (...)."	59
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) foi o facto de ir para realizar um procedimento e a enfermeira que estava comigo disse "temos que despachar, eu faço"."	61
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Os enfermeiros da equipa (alguns) não gostavam de andar connosco."	65
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) fui injustiçada por uma enfermeira que disse à minha orientadora pedagógica (professora) que eu não estaria interessada em realizar o estudo da família, quando isso não era verdade."	68
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"O modo como alguns elementos da equipa de enfermagem abordam, acompanham e orientam os estagiários de enfermagem."	82
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Estava a realizar um procedimento técnico a uma criança e um anestesista passou o tempo a dizer-me o que deveria fazer, e a perguntar se sabia o porquê de fazer de uma forma ou de outra e para ter cuidado..."	85
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) uma enfermeira humilhou-me à frente de uma pediatra. De uma forma autoritária e desprezo (...) por ter respondido a uma pergunta correctamente, mas que no seu entender era errada."	88
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Uma enfermeira (...) falou num tom de voz alto e depois saiu da sala e disse irritada: "Isto é pais, é alunos, é tudo aqui a chatear"."	91
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Durante o estágio os enfermeiros do serviço fizeram "de conta" que não estava presente, que eu não existia."	96
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) uma das enfermeiras disse arrogantemente que eu devia sair perto dela que a estava a incomodar."	98
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) a enfermeira (...) quando nos disponibilizámos para ajudar (...) ela diz-nos: "Desapareçam daqui porque vocês não sabem fazer nada!"."	103
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Quando me preparava para realizar uma colheita venosa, com luvas, a enfermeira que me acompanhava, retiro-me todo o material da mão e referiu que com luvas perde-se a sensibilidade."	108
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) na minha última semana vi-me impossibilitada de prestar cuidados, porque a enfermeira com que estava distribuída achou que os estagiários não tinham capacidade para tal."	109
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Numa introdução de SNG, tive dificuldade (...) e a enfermeira que estava comigo foi muito fria e incompreensiva, chegando a tirar-me a sonda da mão (...)."	114
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) quando tomei a iniciativa para realizar um procedimento novo, que me foi recusado por nunca o ter realizado."	116
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Os enfermeiros que me estavam destinados eram aqueles que nunca querem alunos, pois para além de alguma má vontade, ignoravam a minha presença quase sempre (...)."	117
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Quando existiam procedimentos a realizar, os profissionais não nos davam oportunidade de os realizar (...)."	120
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) os enfermeiros do serviço, exigiam que fizéssemos determinadas actividades num curto espaço de tempo, ou de determinada maneira."	125
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) a falta de respeito que alguns profissionais demonstravam para com o nosso trabalho, nomeadamente durante as passagens de turno (...)."	129
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) sinto que a orientação nem sempre é boa, na medida em que muitos enfermeiros nos ignoram."	137

Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) foi uma discussão com um enfermeiro do serviço e sempre que nos cruzávamos não falávamos e muitas vezes quando queria alguma coisa tinha que me dirigir a outro enfermeiro."	138
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Houve um profissional que (...) me falou durante todo o dia com desprezo e fez questão de me "gozar" com uma coisa que não lhe soube responder (...)."	141
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Foi quando uma enfermeira me tratou como se eu fosse um "escravo" dela."	149
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) a enfermeira que estava comigo simplesmente desapareceu e deixou-me sozinho. Tinha que ter a doente arranjada (...) às 9 H e não consegui. Uma auxiliar entrou no quarto e disse "nem amanhã está pronto" (...)."	155
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Fui chamada à atenção sem ter sido eu a administrar a terapêutica em causa."	157
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Ser humilhada e inferiorizada por alguns enfermeiros."	158
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"E o trabalho começou a atrasar-se, a enfermeira do sector andava sempre a "resmungar" e "barafustar" porque eu demorei muito ou porque me esqueci de algum material (...)."	159
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"(...) foi extremamente rude e mal-educada, levantando o tom de voz para mim, dizendo que encostada ao armário nada ia aprender."	2
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"Uma discussão com a enfermeira, na qual ela foi muito pouco assertiva e muito injusta."	19
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"Estar com uma enfermeira e a relação que tinha com ela era de muita distância e sempre que estávamos sozinhas o silêncio entre ambas era a palavra de ordem."	63
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"(...) facto que levou a que a enfermeira me tivesse dirigido palavras menos correctas como se eu tivesse a culpa do que aconteceu."	80
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"(...) em que me senti bastante desapoiado pelo enfermeiro que me acompanhava, este começou a criticar o registo que tinha feito."	87
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) uma criança com um tumor cerebral (...) não havia muito a fazer, apenas aliviar as dores, (...) proporcionar-lhe a melhor qualidade de vida possível."	4
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) quando me apercebi que uma criança, dia após dia, estava a perder as funções vitais."	44
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"Refiro-me à situação de uma rapariga (...). À minha chegada ao serviço, falava, brincava connosco sorrindo, porém no momento em que terminou o estágio ela não falava, não sorria, nem me olhava."	45
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"Morte (...)."	55
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"A minha doente de um dia para o outro piorou. Não sabia como lidar com a sua provável morte (...)."	73
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) foi a morte de uma doente que eu estava a seguir."	74
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"Veio ter comigo um doente pedindo para ir com ele à procura de um outro doente. Fomos ao quarto do doente B (...) [ele] desabafou comigo e confessou ter estado... para cometer suicídio e referiu que apenas não o realizou devido ao outro doente ter ido ter com ele e ter vindo-me procurar."	79
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) não esperava ver miúdos e jovens a morrer (...) confesso não saber lidar com a morte (...)."	111
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) foi a morte de uma doente que me havia sido distribuída (...)."	119
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"O contacto com os doentes era bastante desgastante a nível psicológico pois todos eles tinham cancro e grande parte deles estava em fase terminal."	123
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"Morte do 1º doente (...)."	131

Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"A morte de uma senhora a quem tinha prestados cuidados (...)."	133
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"A morte de uma doente (...)."	139
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"A morte de uma doente por negligência médica (...)."	153
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"(...) era o primeiro banho que eu dava a um homem, eu já estava nervosa e constrangida."	17
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"(...) quando ia administrar insulina a uma senhora e como nunca tinha manuseado a caneta, quando achei que já tinha administrado a insulina na sua totalidade, deparei-me que isso não tinha acontecido."	27
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"Estava prestes a realizar a minha primeira colheita de sangue (...) quando o orientador ao vir de encontro às minhas mãos se "pica" no braço."	39
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"Na realização do meu primeiro penso (...)."	58
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"(...) aquando da realização de procedimentos técnicos que requeriam mais destreza (...) quando administrei a 1ª vacina (...)."	112
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"Foi na primeira colheita sanguínea (...)."	113
Inter-acção com a Situação	Relação com o Utente	"Foi um doente (...) que me faltou ao respeito."	84
Inter-acção com a Situação	Relação com o Utente	"(...) um doente agarrou-me no braço com imensa força, era tanta a força que eu não conseguia que ele me soltasse e magoou-me um pouco. (...) eu não estava à espera que o doente me fizesse isto."	151
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"Um senhor (...) sofreu um AVC (...), pude assistir a toda o monopólio de procedimentos a realizar (...)."	24
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"Situação de crise convulsiva (...)."	140
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"Ocorreu uma situação de crise convulsiva (...)."	142
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"(...) uma Sr.ª que se encontrava bastante constipada e que as auxiliares (...) a encontraram com perda dos sentidos num sofá e foram chamar-me a mim e às minhas colegas (...)."	145
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"Um doente a quem ia administrar a terapêutica endovenosa, começou a ficar com uma parte do rosto bastante cianosada e faleceu."	152
Inter-acção com a Situação	Sofrimento do Utente	"Esta foi uma interrupção médica da gravidez. (...). Continuo a achar que não estava preparada para acompanhar tal situação, assim como para dar o apoio a esta mãe (...)."	8
Inter-acção com a Situação	Sofrimento do Utente	"Penso que foi um pouco stressante lidar assim tão de perto com o sofrimento das crianças e também da família."	18
Inter-acção com a Situação	Sofrimento do Utente	"(...) aquando da realização do penso. A Sr.ª gritava enquanto o enfermeiro lhe prestava os cuidados."	26
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) a nossa orientadora ter vindo falar com o restante grupo de estágio, pois como a reflexão do nosso colega estava mal redigida, ela criticou o grupo por não ter ajudado esse colega a redigir essa reflexão."	20
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) estava a trabalhar com uma idosa já muito debilitada (...) foi-nos pedido, por parte do professor, que a levantasse-mos para a pesar. Eu achei que não valia a pena (...). O professor continuou a insistir que era importante (...)."	28
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"Relação com o orientador."	76

Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) devido a algum receio do orientador, na presença dele ficava um pouco nervosa (...)."	78
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"O não entendimento em termos de comunicação verbal entre mim e o orientador causou bastante stress pois não conseguia ver esclarecidas as minhas dúvidas devido à forma ambígua como o orientador falava comigo."	132
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) foi estar a administrar uma medicação e chegar o orientador, que me questionou sobre o que estava a fazer sem uma enfermeira junto de mim (...)."	134
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"Algália vesical (...) estava ciente dos passos que tinha de seguir (...) o orientador começou a "disparar" faça isto, faça aquilo (...)."	135
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) realizava o procedimento. (...) O professor estava presente e ao ver que estava com algumas dificuldades em vez de dar um reforço positivo, disse que parecia uma "atada"."	136
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"Durante uma situação em que por acaso o orientador estava presente (...) e começou desde logo – mesmo antes de eu iniciar o procedimento a efectuar críticas/ comentários num tom de voz nada normal (...)."	156
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) na avaliação final do meu trabalho, em que a orientadora fez juízos de valor acerca da minha pessoa. Esta senhora poucas vezes deslocou-se ao campo de estágio e consequentemente raramente observou a minha forma de proceder com os doentes, colegas de trabalho e equipa de enfermagem."	6
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Não somos acompanhados mas deixados ao acaso a realizar o procedimento que nesta fase de aprendizagem seria importante ter."	7
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Aqui senti-me limitada pela falta de supervisão."	11
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) na terceira semana de estágio foi-nos mudada a orientadora. Esta não se preocupou em se inteirar de todo o que tínhamos planeado com a anterior (...)."	12
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Senti muita falta de apoio, pouca presença (...)."	16
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Na avaliação (...) houve uma quezília com o (a) orientador(a) de estágio, na qual tentei dar a entender qual a nossa posição (dos alunos) relativamente ao campo de estágio(...)."	25
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) mandou-me preparar a medicação dos seus doentes e não permaneceu junto de mim, não havendo qualquer colaboração / ajuda nem supervisão."	32
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) senti que a orientadora de estágio avaliava as pessoas pela sua simpatia e não por aquilo que fazem durante o estágio."	37
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Sinto que em alguns estágios somos orientados por professores com pouca experiência nesta área (...). O facto de se contradizerem e de nos acompanharem, no local de estágio, raramente, não conhecendo a nossa prática real (...)."	40
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Em alguns estágios senti que o orientador não tinha uma verdadeira postura de orientador. Faltavam conhecimentos teóricos e práticos e acompanhar-nos mais."	41
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) um total abandono, por parte dos orientadores, nas suas funções de orientador (houve estágios em que o orientador não era do serviço passando 2 horas com os alunos à 2ª feira apenas, nos restantes dias não o víamos) (...)."	42
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Numa reunião de partilha de experiências, o orientador de estágio, fez críticas depreciativas e pouco construtivas da nossa apresentação. O orientador não fez nenhuma visita ao local de estágio durante a semana, pelo que não nos orientou na realização e preparação da apresentação."	46
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) é a ausência prolongada dos orientadores. A maioria desloca-se muito esporadicamente aos campos de estágio (...)."	47

Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) fui tendo uma orientação muito restrita. As avaliações eram feitas num tempo muito reduzido, "à pressa", as correcções dos trabalhos que eram realizados foi entregue sempre após a entrega dos trabalhos seguintes."	60
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Avaliação por parte do orientador de estágio."	75
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) foi o facto da orientação que nos foi dada durante o estágio."	90
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) a orientadora menosprezou o nosso trabalho, afirmando que éramos um grupo heterogéneo. (...) a avaliação perante o grupo foi injusta."	93
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) o facto de constatar que existem bastantes injustiça na avaliação do estágio."	106
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) por motivos de saúde da enfermeira que era responsável pela minha avaliação, tive que mudar de enfermeira muitas vezes (...) o facto de estar sempre a mudar de enfermeira stressava-me (...)."	110
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) estava a realizar um penso (...). Entrou o professor (...) e ficou ali como uma "estátua" a observar-me."	118
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) o professor orientador teve (...) atitudes sempre muito frias e desinteressadas para com as necessidades dos alunos (...)."	124
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) o professor orientador estava sempre connosco e os meus níveis de ansiedade andavam sempre elevados (...)."	126
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) de surpresa o orientador de estágio surgia e me interrogava, observava, confrontava e me fazia ficar na dúvida."	127
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Durante os cuidados de higiene e conforto estava a orientadora pedagógica (...) e comecei a ficar (...)."	128
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Estive a elaborar um estudo de caso durante uma semana, de acordo com as indicações da orientadora, e na véspera da entrega do trabalho (...) a orientadora viu o trabalho e alterou o esquema (...)."	148
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"Tínhamos muito trabalho de grupo e gerou-se conflitos dentro do grupo de estágio."	54
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) foi a incompatibilidade de uma colega de estágio com o restante grupo de estagiários."	81
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) tinha dois colegas que estavam apenas a lutar pela sua nota, sem se importar minimamente com o resto do grupo (...)."	115
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"Senti que (...) não éramos um grupo unido e que o orientador valorizou apenas a avaliação e não o ensino (...)."	122
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) estava integrado num grupo que considero que se demonstrou disfuncional e com mau relacionamento no seu seio (...)."	143
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) surgiu um confronto entre mim e a colega que se encontrava a estagiar no mesmo serviço (...)."	147
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) uma colega de estágio (...) que tentou prejudicar-me o máximo que pode (...)."	150
Outras		"(...) foi a "desilusão" que senti no estágio que não correspondeu às minhas expectativas."	57
Outras		"(...) as questões do alojamento e alimentação são por nosso encargo. (...) a escola não nos oferece resposta aos nossos problemas, (...) não nos é pago nem sequer o subsídio de alimentação nem a bolsa."	66

OBSERVAÇÕES/COMENTÁRIOS/SUGESTÕES

ASPECTOS REFERIDOS	UNIDADES de REGISTO	Nº de ORDEM
ASPECTOS SOCIAIS (DOS ALUNOS)	"Não deveriam colocar alunos que têm casa alugada em Coimbra em estágios distantes que obriguem a alugar uma outra casa fora de Coimbra."	97
AVALIAÇÃO	"As reflexões e relatório de estágio deveria ter uma ponderação menor do que têm neste momento."	98
CONFIRMAÇÃO DAS EXPECTATIVAS	"De uma maneira geral julgo que os locais de estágios têm-se adaptado às minhas expectativas. Pessoalmente gostava que se investisse ainda mais na área de enfermagem Médico-cirúrgica."	50
ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DA COMPONENTE TEÓRICA	"A nossa formação académica deveria ser reformulada de forma a estimular a destreza e conhecimentos dos estudantes para que estes se sintam mais seguros no desenvolvimento das suas experiências em ensino clínico."	11
ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"Sugiro que os orientadores sejam do serviço onde estamos a estagiar e que tomem uma atitude de ajuda."	3
ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"A não existência de determinados campos de estágio (os mais específicos como maternidade e geriatria) e o aumento do número de semanas do estágio de Médico-cirúrgico(...). (...) a existência de um tutor permanente para um aluno."	6
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"(...) nem sempre os orientadores pedagógicos estão preparados para o ser, dificultando assim a progressão no ensino clínico."	60
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"Antes de enquadrar os alunos numa equipa, conhecer cada elemento da equipa de enfermagem. Ou então excluir alguns elementos, na aprendizagem dos estagiários de enfermagem."	82
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"Os enfermeiros dos locais para onde vamos estagiar deveriam frequentar sessões que os despertassem para a relação que devem adoptar com os alunos estagiários, uma vez que esta relação influencia a prestação dos alunos."	91
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"Só deveriam, nos serviços, "ficar" com os alunos os enfermeiros que se disponham a contribuir para a nossa aprendizagem. Que o que dizemos seja entendido como uma critica construtiva e não como uma ofensa (...) "	96
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"(...) os orientadores/professores/tutores deveriam ser sujeitos a inquéritos/avaliações, não só pela sua prática clínica (...), mas fundamentalmente, pelas suas capacidades humanas e a sua relação de ajuda e de simpatia."	117
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"(...) não deviam escolher qualquer pessoa para ser professor/orientador e essa escolha devia passar por provas/testes."	118
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Durante o estágio, o responsável pedir o mínimo de trabalhos possíveis, dando mais ênfase ao trabalho realizado no serviço (...)."	14
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Um dos factores que gera algum stresse são, por vezes, as quantidades de trabalhos teóricos propostos em cada campo de estágio, que nos limita a nível de tempo."	18
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Existirem menos trabalhos ao longo dos estágios que ocupem o tempo extra-estágio."	85
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO	"É complicado para um aluno para além do turno a realizar ainda levar todos os dias trabalhos para realizar em casa, em alguns estágios deixamos de ter vida própria. Por vezes não há tempo para lazer."	105
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO	"(...) temos muitos trabalhos teóricos. E o que mais me irrita é o facto de serem estes trabalhos mais valorizados que o nosso trabalho pratico, pois os orientadores estão pouco tempo connosco e não nos conseguem avaliar correctamente."	151

IMPORTÂNCIA DO ENSINO CLINICO	"Acho que os estágios são importantes para a nossa aprendizagem e todo o trabalho desenvolvido contribui para a nossa formação, no entanto, considero que estamos sobrecarregados com trabalhos e não há tempo para investir noutra coisa que não no curso.".	26
IMPORTÂNCIA DO ESTUDO/QUESTIONÁRIO	"(...) este tipo de estudos deveriam ser realizados com mais frequência visto que, infelizmente, ainda não existe uma correcta articulação entre as escolas de enfermagem e as instituições/locais de estágio."	56
IMPORTÂNCIA DO ESTUDO/QUESTIONÁRIO	"(...) é um trabalho interessante, gostaria por isso de tomar conhecimento dos resultados deste estudo."	103
IMPORTÂNCIA DO ESTUDO/QUESTIONÁRIO	"Considero este tema de investigação pertinente e útil para a evolução do ensino de enfermagem."	112
IMPORTÂNCIA DO ESTUDO/QUESTIONÁRIO	"Considero este trabalho de investigação muito interessante e importante, espero que corra bem e que os resultados sejam publicados o mais cedo possível. Felicidades!."	127
IMPORTÂNCIA DO ESTUDO/QUESTIONÁRIO	"Gostei da tese que escolheu. Pois os estudantes em estágio sofrem um stress acrescido."	149
IMPORTÂNCIA DO ESTUDO/QUESTIONÁRIO GESTÃO TEMPO/TRABALHO	"Esta avaliação deveria ser realizada em todos os estágios de forma individual, avaliando todas as dimensões. Os trabalhos teóricos em alguns ensinamentos clínicos são muito intensos e causam muito stress."	124
ORGANIZAÇÃO	"Os orientadores/supervisores dos ensinamentos clínicos deveriam ser sempre enfermeiros do serviço."	46
ORGANIZAÇÃO	"Existir uma melhor preparação em termos práticos, em contexto escolar, para que a prática não seja tão stressante."	58
ORGANIZAÇÃO	"Avaliar, de acordo com a opinião dos estagiários, quais os melhores e piores locais de estágio e em caso de algum desses locais ser considerado como mau, retirá-lo de local de ensino clínico."	125
ORGANIZAÇÃO GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Os campos de estágio deveriam ser mais bem escolhidos. Deveria haver menos trabalhos escritos. O estágio deveria começar logo no 1º ano, no 3º ano é muito tarde para os alunos tentarem mudar de curso.".	152
PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL	"Transmissão dos dados colhidos aos orientadores e professores."	89
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO	"(...). Era bom que os professores e enfermeiros se mantêm atentos aos alunos pelos quais estão responsáveis (...). Cada aluno reage de forma diferente, e o que é indiferente para um pode ser muito significativo para outro."	111
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO	"O apoio do professor ou supervisor dos alunos é fundamental para nós alunos (...)."	123
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO	"Seria mais necessário o apoio e acompanhamento dos professores nos locais de estágio."	146
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO	"(...) maior acompanhamento por parte dos tutores e orientadores de estágio aos alunos e que as notas sejam dadas com justiça (...)."	150
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO	"O professor: apelar individualmente aos medos e receios do aluno. Diminuir a sensação de avaliação constante em ensino clínico. Criar uma relação empática e até de amizade para com os alunos."	23
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO	"Penso que seria importante que os nossos professores nos prestassem apoio em situações destas e tivessem em conta as atitudes dos enfermeiros face a nós."	35
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO	"Na maioria dos estágios não há qualquer tipo de preocupação na nossa formação há apenas o mostrar da necessidade de avaliar."	42
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO	"(...) é imperativo que os orientadores passem mais tempo com os estagiários. Uma orientação à distância facilmente deturpa a realidade do nosso trabalho e não identifica as nossas reais necessidades. O regime de orientação devia ser uniforme para todo o grupo de estágio."	47
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO	"É importante fazer um acompanhamento aluno a aluno, semanalmente, focando os seus factores positivos e negativos (aspectos a melhorar)."	113
QUESTIONÁRIO/CRÍTICA	"Demasiado longo e muitas questões abertas."	131

QUESTIONÁRIO/CRÍTICA	"Durante o período de estágio, estagiamos em diferentes locais o que leva a que a residência também não seja a mesma. Acho que poderia adequar melhor essa parte do questionário."	136
QUESTIONÁRIO/CRÍTICA	"Há uma questão que é dúbia já que ao perguntar que "Não é um bom sítio para estagiar" não especifica ao estágio e ao longo dos ensinos clínicos há diferentes locais: uns bons outros não."	148
QUESTÕES DE SUPERVISÃO/ACOMPANHAMENTO E FORMAÇÃO ESPECÍFICA	"Para supervisionar é preciso ter-se consciência de que é uma tarefa muito difícil. Terá de estar sempre dentro de todos os assuntos e saber ouvir as duas partes. É também importantíssimo a presença assídua para criar uma confiança com os alunos."	16
RELAÇÃO INTERPESSOAL	"(...) considero que os enfermeiros devem ser informados dos nossos objectivos, do que podemos ou não fazer (...)."	13
RELAÇÃO INTERPESSOAL	"Penso que muitas vezes alguns enfermeiros criam demasiada pressão nos alunos, o que dificulta a nossa aprendizagem. Seria importante porem os alunos à vontade (...)."	17
RELAÇÃO INTERPESSOAL EQUIPA-ALUNO	"(...) os enfermeiros ganham muitos conhecimentos com a prática de cuidados no entanto esquecem-se por vezes daquilo que aprenderam enquanto estudantes e não têm em atenção que nós não temos prática, portanto regemo-nos somente pela informação teórica."	108
UTILIDADE DO QUESTIONÁRIO	"É um inquérito bastante pertinente. É bom apercebermo-nos que há alguém que se apercebe deste dado dos estágios e da nossa vida enquanto estudantes. Há alguém que vê mais além do que somente as notas, mas apercebe-se dos problemas que podem estar inerentes."	38
UTILIDADE DO QUESTIONÁRIO / AUTO-REFLEXÃO	"Este questionário tornou-se útil, na medida em que me proporcionou o pensamento crítico e reflexão."	2
VALORIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"A prática deveria ser mais valorizada."	53
PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL	"Estas situações estão dependentes dos locais onde os ensinos clínicos se realizam e de quem os orienta."	7
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO	"O tempo de estágio (8 H. diárias) já é stressante para os estagiários e chegar a casa e ter de continuar com trabalhos em casa aumenta o nosso stress e diminui o tempo disponível para descansar ou divertir. (...) Há certa incompatibilidade entre estágio e vida pessoal."	114

OUTRAS ESTRATÉGIAS/FORMAS DE AJUDA REFERIDAS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	N.º DE ORDEM
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES		"(...) os alunos só deveriam ser distribuídos a enfermeiros com capacidade e disponibilidade para orientar e ensinar eficazmente os mesmos. Estes enfermeiros deveriam ter formação específica."	32
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES		"Que estas enfermeiras não orientassem alunos (...)."	96
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES		"Fazerem na escola uma selecção das pessoas (professores) com boas capacidades para orientar alunos. Melhor compreensão das dimensões sociais e culturais dos alunos."	124
ORGANIZAÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"Talvez ajudasse o estágio ser mais curto e noutro ano do curso."	57
ORGANIZAÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"(...) se o tempo de permanência nos campos de estágio se prolongasse."	105
ORGANIZAÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"(...) seria a presença do orientador pedagógico a 100% na primeira semana. (...) pertencer à equipa de enfermagem que presta cuidados naquele serviço. (...) (...) diminuir o nº de estagiários por estágio (...)."	137
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"O número de trabalhos realizados durante o estágio deveria ser reduzido, e o tempo para a sua realização deveria ser incluído nas horas do estágio e não extra-estágio."	92
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Realizarem-se menos trabalhos escritos (...)."	95
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"(...) uma diminuição do trabalho em grupo e individual (...). "	97
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Redução do número de trabalhos (...)."	99
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Se não fossemos sobrecarregados com trabalhos (...)."	121
PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL		"(...) a equipa de enfermagem deveria ser devidamente esclarecida acerca dos objectivos do ensino clínico e ajuda na integração dos estudantes na equipa."	33
PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL		"Protocolos com outras escolas. Apoios do estado."	66
PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL		"Os profissionais de saúde poderiam ter sido informados da desmotivação dos alunos e para o facto de termos necessidade de realizar procedimentos e de nos sentirmos apoiados por eles."	120
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Penso que o professor orientador deveria ser mais presente, participativo no nosso processo de aprendizagem."	2
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Penso que o orientador devia estar mais presente numa atitude encorajadora (...) e não numa atitude avaliativa e critica negativista do nosso desempenho."	3
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Fundamentalmente, a presença de quem nos orienta. Uma orientação concreta, justa e auxiliadora."	6

PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) se os ensinios clínicos fossem em regime tutorial. Deste modo o acompanhamento seria mais objectivo. Outra estratégia seria não atribuir a um profissional orientador de um ensino clínico, qualquer outra actividade de modo a que pudesse despende pelo	7
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Se estivesse sob supervisão poderia ter contribuído mais significativamente para a resolução da situação (...)."	11
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) bastava que a nova orientadora se inteirasse da situação combinada."	12
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Presença mais assídua, ouvir o que os alunos têm a dizer, o que os está a preocupar."	16
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Técnica assertiva. Compreensão perante as expectativas frustradas (...). Melhor orientação e coordenação. Mais interesse em formar e educar."	25
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Através de um maior acompanhamento por parte do tutor/ serviços."	35
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Ao longo dos estágios deveriam orientar os alunos e criticar construtivamente a sua actuação."	43
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) o orientador ter-se deslocado ao campo de estágio e ter orientado na realização do trabalho. "	46
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"O apoio ao aluno, que se encontra numa situação delicada como o ensino clínico é crucial para resolver os problemas. Muitas vezes o estabelecimento de uma relação de ajuda com os alunos poderá ajudar."	51
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) um apoio mais sólido por parte dos orientadores e dos profissionais nos serviços (...):"	52
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) poderia ter ido ao Centro de Saúde orientar-nos relativamente à realização da SES."	53
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Diálogo, uma maior compreensão e ajuste de pontos de vista e modos de estar. (...) ter consciência que tinha a seu " encargo" uma aluna que precisa de apoio e orientação."	63
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) deveria ter percebido as nossas dificuldades e ter adiado/ diminuído o nível de exigência do trabalho."	69
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Uma presença permanente do orientador (...)"	79
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Uma maior observação do grupo de estágio de forma a identificar os problemas que existem (...)."	81
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) existir alguma compreensão por parte dos orientadores de estágio a nível da dificuldade ou facilidade dos alunos em se integrarem na equipa."	86
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) deveria passar mais tempo com os grupos de estágio e estar a mais atento às nossas dificuldades e receios."	90
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Orientador mais presente no local de estágio."	93
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) poderia ter apoiado mais, em vez de se manifestar apontando sempre aspectos negativos devia, por vezes, realçar alguns aspectos positivos (...)."	118
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Maior apoio do professor orientador (...):"	123
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Definir quando é que o professor ia ao serviço e o que pretendia."	127
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Esclarecimento da situação clínica do doente e perspectivas de prognóstico. Acompanhamento emocional nas horas seguintes. Reavaliação posterior do estado emocional do aluno."	131
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Haver um acompanhamento constante e desta forma o orientador não devia estar connosco apenas no início e final da semana."	148

PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) os tutores estivessem mais tempo connosco e mais atentos (...)."	150
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) Talvez se me tivessem mostrado o que fazer numa situação idêntica que possa surgir no futuro."	152
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Qualquer tipo de apoio (...)."	153
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Supervisão total, mas em termos de ajuda psicológica. Não em termos de questionar tudo e mais alguma coisa."	154
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"(...) haver um feedback do sucedido e uma opinião sobre os aspectos mais relevantes."	9
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"(...) a realização de uma avaliação mais efectiva e sistemática (...)."	60
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"(...) ter existido um maior reconhecimento do esforço realizado para organizar todos os trabalhos teóricos (...)."	62
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"(...) rever os critérios de avaliação dos alunos."	106
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"Maior compreensão e maior clarificação daquilo que se pretendia, dos objectivos a atingir."	132
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"Menos pressão sobre nós estagiários, outras estratégias de avaliação (...)."	159
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"A forma como as críticas foram expostas deveriam ter sido de uma forma construtiva e não de "condenação"."	48
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"(...) deve haver um maior respeito pelos alunos (...) de modo a desenvolver as actividades com um maior à vontade e sem nervosismo."	50
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"Julgo que o enfermeiro podia ter compreendido melhor a minha posição e prestado apoio emocional quando chorava."	87
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"(...) antes de falar com o grupo, falar primeiro comigo a sós."	113
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"Deveria haver mais compreensão pelos estagiários."	114
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"Um pouco mais de flexibilidade por parte dos profissionais de saúde, por forma atornarem-se prestáveis e disponíveis(...)."	158
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"Só queria que pelo menos os orientadores me respondam de outra forma. Porque com estas respostas fico logo desmoralizada (...)."	1
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"(...) poderia no meu ver, mesmo que mais tarde, conversar comigo e referir a sua opinião (...) para assim esclarecer a sua posição."	21
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"Uma vez acontecendo penso que o professor deveria ter sido mais flexível (...)."	22
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"Conversar individualmente com o aluno e procurar detectar e atenuar as suas dúvidas e receios."	23
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"(...) devia demonstrar um pouco mais de consideração pela opinião dos estagiários."	47
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"Os orientadores não estarem "em cima" do acontecimento, de forma a captarem os nossos erros, e ao dizê-los, não o fazerem em frente de doentes, mas de uma forma mais discreta."	58
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"(...) poderia ter marcado uma entrevista, permitindo-me explicar a elaboração da reflexão."	89
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"Explicar de forma efectiva o que pretendia, não apenas depois dos trabalhos realizados e avaliados."	100
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"(...) um apoio mais eficaz da parte dos professores/orientadores, bem como dos profissionais dos locais de estágio."	101
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"(...) poderia ter sido um pouco mais delicado..."	136
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - ALUNO	"(...) falar num tom de voz normal, e seguidamente inspirar alguma confiança (...)."	156

RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - EQUIPA	"Falarem com a enfermeira em questão e fazê-la aperceber-se das nossas capacidades (...)."	59
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - EQUIPA	"Alertar esses mesmos profissionais de enfermagem para as suas atitudes."	82
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - EQUIPA	"Falar com o anestesista explicando que já temos noções básicas sobre os procedimentos."	85
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - EQUIPA	"(...) alertar aquela enfermeira que não agiu correctamente (...)."	103
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - EQUIPA	"(...) tivesse confrontado a enfermeira (...)."	108
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR - EQUIPA	"Esclarecesse junto da enfermeira que nós estávamos lá para aprender e não para sermos escravos."	149

RESPOSTAS AO STRESSE

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	N.º DE ORDEM
Domínio Cognitivo	"(...) me deixou constrangida e angustiada (...)." "A minha vontade era sair porta fora e chorar."	2
Domínio Cognitivo	"Contei cada minuto que faltava para sair dali."	3
Domínio Cognitivo	"Senti-me impotente para dar resposta a esta situação."	4
Domínio Cognitivo	"Fiquei tão desanimada e irritada."	5
Domínio Cognitivo	"(...) que me desmotivaram e me causam stresse psicológico."	6
Domínio Cognitivo	"(...) me senti impotente para ajudar (...). "	11
Domínio Cognitivo	"(...) houve uma desmotivação para o ensino clínico."	12
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me preso."	14
Domínio Cognitivo	"Senti-me um pouco desamparada."	16
Domínio Cognitivo	"(...) estava nervosa e constrangida."	17
Domínio Cognitivo	"Senti-me muito desiludido (...)."	19
Domínio Cognitivo	"(...) o que me leva a ficar nervoso e algo desconfortável (...)."	21
Domínio Cognitivo	"(...) me sentir um pouco frustrado (...)."	23
Domínio Cognitivo	"(...) várias vezes me questionei se eu teria capacidade para lidar com esta e outras situações."	24
Domínio Cognitivo	"Senti-me, no mínimo, injustiçado."	25
Domínio Cognitivo	"Senti-me bastante frustrada e desiludida comigo (...)."	27
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me muito "pequena" e fique bastante deprimida (...)."	29
Domínio Cognitivo	"Senti-me sem vontade de elaborar os trabalhos, cansado."	31
Domínio Cognitivo	"Senti-me desamparada e perdida (...) fiquei nervosa (...)."	32
Domínio Cognitivo	"Eu estava muito nervosa (...). Sinto que a culpa foi minha (...)."	39
Domínio Cognitivo	"(...) me sentia impotente e que por vezes a vida não valia a pena."	44
Domínio Cognitivo	"Sentia-me angustiada, revoltada por não poder fazer nada."	45
Domínio Cognitivo	"Senti-me frustrado e irritado (...)."	46
Domínio Cognitivo	"Foi humilhante (...) e senti que nada podia dizer para me defender."	48
Domínio Cognitivo	"Este facto revoltou-me (...)."	50
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me revoltada (...)."	53
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me injustiçada (...)."	54
Domínio Cognitivo	" Senti frustração e desagrado (...)."	55
Domínio Cognitivo	" (...) julgo ter sido "abusado"."	56
Domínio Cognitivo	"Senti-me impotente."	57
Domínio Cognitivo	"Senti-me envergonhada e um pouco perdida (...)."	58
Domínio Cognitivo	"Senti-me impotente e incapaz de reagir."	59
Domínio Cognitivo	"Após todo este trabalho a recompensa não foi nenhuma, senti que tido sido uma perda de tempo (...)."	60
Domínio Cognitivo	"(...) não senti que esse esforço tivesse sido reconhecido."	62
Domínio Cognitivo	"(...) sinto que o meu trabalho não é valorizado (...)."	63
Domínio Cognitivo	"Esta situação causava bastante desagrado (...)."	65
Domínio Cognitivo	"Senti-me frustrado."	69
Domínio Cognitivo	"(...) torna-se aborrecido."	71
Domínio Cognitivo	"Senti-me um pouco angustiado (...)."	74
Domínio Cognitivo	"Senti-me pressionada e com receio de falhar (...). (...) sinto que a pressão não foi benéfica."	82
Domínio Cognitivo	"Senti-me desiludida e desapontada comigo mesma."	86
Domínio Cognitivo	"Senti-me desorientada e sem apoio."	90
Domínio Cognitivo	"(...) a minha vontade era de sair imediatamente daquele serviço."	91
Domínio Cognitivo	"Não me senti valorizada e senti que a avaliação (...) foi injusta."	93
Domínio Cognitivo	"(...) de este curso se ter revelado uma desilusão, encontrando-me neste momento profundamente descontente (...)."	94
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me mal, ansiosa e deprimida."	96
Domínio Cognitivo	"(...) me provocou muita tristeza e vontade de nunca mais voltar para lá."	98

Domínio Cognitivo	"(...) sem sentir que houvesse de facto um reconhecimento (...) para o esforço empregue (...)." 100
Domínio Cognitivo	"Tinha medo de estar exposta perante uma gente nova (...)." 104
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me extremamente revoltada (...)." 106
Domínio Cognitivo	"(...) nesse dia o desânimo e a revolta instalaram-se." 109
Domínio Cognitivo	"Senti falta de estabilidade (...)." 110
Domínio Cognitivo	"(...) fez ter uma sensação de frustração." 113
Domínio Cognitivo	"Senti-me muito incompreendida." 114
Domínio Cognitivo	"(...) fiquei muito contrariada com esta situação." 115
Domínio Cognitivo	"Fiquei bastante desiludido (...). O sentimento de frustração foi imenso." 116
Domínio Cognitivo	"Senti-me completamente perdida, enervada e até com raiva." 117
Domínio Cognitivo	"(...) sentia-me perdida (...)." 120
Domínio Cognitivo	"Tudo isto provoca sentimentos de bloqueio e ausência de " vida própria" e "social". 121
Domínio Cognitivo	"(...) sinto um pouco ultrajada e prejudicada." 125
Domínio Cognitivo	"(...) medo de represálias." 131
Domínio Cognitivo	"Senti-me um pouco perdida e desorientada (...)." 132
Domínio Cognitivo	"(...) provocou-me angústia e stresse." 133
Domínio Cognitivo	"Senti-me muito nervosa e questionei-me se valeria a pena continuar naquele ensino (...)." 134
Domínio Cognitivo	"Senti-me muito nervosa, desmotivada e revoltada (...)." 135
Domínio Cognitivo	" (...) fico stressada porque quando sinto que preciso de mais apoio, orientação, é quando isso não acontece. Depois irrita-me um bocadinho estar a "colar" aos enfermeiros (...)." 137
Domínio Cognitivo	"(...) causou-me alguma ansiedade momentânea (...)." 139
Domínio Cognitivo	"(...) sentimo-nos assustadas (...)." 140
Domínio Cognitivo	"(...) sentia-me muito mal naquele local, muito triste e com vontade de não voltar mais." 141
Domínio Cognitivo	"(...) sentimo-nos assustadas (...)." 142
Domínio Cognitivo	"(...) me causou algum stresse, levando-me cada dia que passava a desejar que este estágio acabasse rapidamente para "me ver livre dos elementos deste grupo" (...)." 143
Domínio Cognitivo	"Estávamos-nos a sentir incomodadas e stressadas (...)." 145
Domínio Cognitivo	"(...) deixou-me bastante abalada psicologicamente. (...) senti que não consegui gerir as minhas emoções." 147
Domínio Cognitivo	"Senti-me triste, revoltada e bastante nervosa (...)." 148
Domínio Cognitivo	"(...) deixou-me altamente ansiosa e muito frustrada (...)." 150
Domínio Cognitivo	"Senti-me frustrada, irritada (...)." 153
Domínio Cognitivo	"A ansiedade é muita." 154
Domínio Cognitivo	"Senti que foi uma humilhação para mim e desvalorização total do meu trabalho (...)." 156
Domínio Comportamental	"Comecei a ficar ansiosa e tive que abandonar a sala (...)." 26
Domínio Comportamental	"Senti que ela me queria humilhar e que abusou do facto de ser aluna, deixei-a acabar de falar, virei-lhe as costas e entrei no serviço." 35
Domínio Comportamental	"(...) fez com que eu sentisse que ela não era justa e com que me afastasse um pouco dela." 37
Domínio Comportamental	"Sentindo-me ferida (...) respondi com agressividade (...)." 51
Domínio Comportamental	"Cada vez que penso que vou iniciar um estágio sinto-me muito ansiosa o que por vezes me leva a afastar das pessoas (...)." 105
Domínio Comportamental	"No momento somente me afastei (...)." 108
Domínio Comportamental	"(...) evito contactar com estas pessoas." 158
Domínio Fisiológico	"(...) foi bastante difícil controlar o meu choro (...)." 8
Domínio Fisiológico	"(...) me sinto bastante ansioso nestes momentos que se manifesta por sudorese e agitação." 9
Domínio Fisiológico	"(...) senti-me mal (...)." 20
Domínio Fisiológico	"(...) me sentir mal física e psicologicamente." 22
Domínio Fisiológico	"(...) descontrolei-me emocionalmente e chorei (...)." 28
Domínio Fisiológico	"Cheguei mesmo a chorar." 38
Domínio Fisiológico	"(...) não consegui parar de chorar durante as semanas de estágio." 49
Domínio Fisiológico	"Senti-me muito mal e foi difícil controlar o choro (...)." 78
Domínio Fisiológico	"(...) me fez sentir mal (...)." 81
Domínio Fisiológico	"(...) cheguei mesmo a chorar." 87
Domínio Fisiológico	"Chego a entrar num estado de ansiedade associado a vômitos e tonturas (...)." 95

Domínio Fisiológico	"(...) não consegui conter as lágrimas; foram mais fortes do que eu (...). (...) voltei a não conseguir dormir, o meu cansaço, a minha angústia reflectiu-se no desempenho (...)."	111
Domínio Fisiológico	"(...) apresentava ansiedade acentuada. (...) diaforese., polipneia e taquicardia."	112
Domínio Fisiológico	"Comecei logo a tremer, o meu coração palpitava cada vez mais e estava com medo (...). (...) quando acabei (...) senti que "um camião me tinha passado por cima"."	118
Domínio Fisiológico	"Cheguei a chorar quase todos os dias (...)."	124
Domínio Fisiológico	"(...) causavam ansiedade ("nervoso miudinho") e durante todos os dias de estágio havia um estado de "alerta" (...)."	126
Domínio Fisiológico	"Comecei a ficar pálido e com sudorese intensa."	127
Domínio Fisiológico	"Eu fiquei tão nervosa que desatei a chorar (...)."	151
Domínio Fisiológico	"(...) enervei-me de tal maneira que comecei a chorar."	155
Domínio Fisiológico	"(...) comecei a chorar (...)."	159

TIPO DE APOIO DO SUPERVISOR

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	N.º DE ORDEM
Apoio Afetivo	"No final eu disse-lhe que não deveria ter tido aquela reacção, que deveria ter controlado os meus sentimentos. Ele disse-me que era normal e que os enfermeiros também têm direito a sentimentos, como qualquer outra pessoa."	28
Apoio Afetivo	"(...) decidi referir esta situação, explicando-a ao orientador pelo que este compreendeu e respeitou a minha posição."	50
Apoio Afetivo	"(...) apoiou-me mesmo quando errei."	85
Apoio Emocional	"(...) incute confiança e nos coloca à "vontade"."	9
Apoio Emocional	"(...) que era natural que se errasse no início (...)."	23
Apoio Emocional	"Disse para eu ter calma, para me sentar e descontraír e até para ir tomar o pequeno-almoço. Senti-me apoiada no momento que ele falou comigo no gabinete pois foi uma forma de ultrapassar aquela dificuldade."	26
Apoio Emocional	"(...) no entanto, o orientador disse para eu não me preocupar (...)."	39
Apoio Emocional	"Falou comigo, disse que dependia de cada enfermeiro o modo de lidar com os alunos e que não valia a pena entrar em conflito por causa de situações do género. Que esquecesse porque no dia seguinte seria outra enfermeira."	59
Apoio Emocional	"Procurando conversar comigo para perceber o que se passou."	82
Apoio Emocional	"Culpabilizou o enfermeiro pelo desapoio e presto-me algum apoio emocional (...)."	87
Apoio Emocional	"Ele olhava para mim e acenava com a cabeça para me dizer "continua, estás bem não te preocupes" (...)."	118
Apoio Emocional	"Explicou-me que tenho que aprender a lidar com situações deste tipo, no entanto, referiu ser normal que me sentisse como descrevi (...)."	119
Apoio Emocional	"Incentivou-me a manter a calma. Motivação para continuar, porque todos nós temos experiências de vida e de morte e são fenómenos naturais."	131
Apoio Emocional	"Mostrou acreditar em mim."	157
Apoio Informativo	"Explicou-me que há sempre algo que pode ser feito para minimizar o sofrimento de uma criança (...)."	18
Apoio Informativo	"Conversou um pouco explicando-me que não seria sempre assim (...)."	71
Apoio Informativo	"Clarificou-me que apesar de aprendermos a realizar os procedimentos sempre protegidos, em pediatria, quando não é extremamente necessário não se usa luvas de protecção (...)."	108
Apoio Informativo	"A enfermeira colocou-me completamente à vontade (...).(…) aconselhou-me a procurar ajuda médica (...)."	112
Apoio Instrumental	"Falando e discutindo o assunto de forma aberta e clara com todos os alunos."	55
Apoio Instrumental	"(...) a orientadora fez uma pequena reunião com a equipa e tentava acompanhar-nos no máximo de procedimentos."	61
Apoio Instrumental	"Tentou abertamente falar com a enfermeira sobre a situação e expor-lhe a minha dificuldade (...)."	63
Apoio Instrumental	"(...) falou com a enfermeira interveniente de forma que estas situações não se repetissem com outros estagiários."	88
Apoio Instrumental	"Ele compreendeu a minha situação, autorizando-me que a entrega do meu trabalho fosse par mais tarde."	95
Apoio Instrumental	"Disse-me para descansar que iria falar com os enfermeiros que nos tratavam assim (...)."	96
Apoio Instrumental	"(...) alargando os prazos de entrega dos trabalhos."	97
Apoio Instrumental	"Quando por vezes me faltavam palavras, ou ele notava que eu não me conseguia exprimir, ele estava presente para me ajudar e se necessário me completar verbalmente."	104
Apoio Instrumental	"Conversou comigo (...) e posteriormente penso que foi falar com a enfermeira."	109
Apoio Instrumental	"Então no momento de realização do procedimento a professora entrou no quarto da doente e pediu-lhe que me deixasse realizar o procedimento."	116
Apoio Instrumental	"Apesar de a causa do problema ter sido a presença dela, o diálogo sobre a situação ajudou a que nos estágios posteriores os meus níveis de ansiedade baixassem."	126
Apoio Instrumental	"O supervisor chamou a atenção dos restantes profissionais para a situação."	129

Apoio Instrumental	"Disse-me para não me preocupar porque aquela situação desagradável não tornaria a acontecer pois iria falar com a pessoa em causa."	141
Apoio Instrumental	"Ajudou-nos a contactar o INEM e facilitou o acesso do mesmo à instituição."	145
Apoio Instrumental Apoio Emocional	"Orientando-me para que avaliasse a glicemia capilar mais tarde (...) "(...) e dizendo-me que a situação poderia ter acontecido a qualquer um."	27
Apoio Instrumental Apoio Emocional	"Explicou-me a situação clínica da utente em questão." "Questionou-me quais os meus sentimentos e mostrou-se sempre disponível para conversar sobre o assunto."	139
Apoio Perceptivo	"Desvalorizou a situação, mostrando a sua disponibilidade total para conseguir ultrapassar o obstáculo. Penso que a situação poderia ter-me bloqueado em termos de processo de aprendizagem, mas pelo contrário, ajudou-me e motivou-me a fazer melhor e uma aprendizagem mais activa."	2
Apoio Perceptivo	"Juntou-se a mim. Levo-me para uma sala quando eu comecei a chorar. Fez-me perceber através de um diálogo que devido à nossa pouca experiência muitas pessoas vão tentar aproveitar-se das situações."	38
Apoio Perceptivo	"Fez-me ver que a morte é uma etapa da vida que umas vezes vem mais cedo (...)."	44
Apoio Perceptivo	"Tentou chamar-me para a nossa realidade enquanto humanos."	45
Apoio Perceptivo	"Pela maneira como nos fez ver o estágio. (...) a professora fez-nos ver a realidade e fez-me "chegar" mais aos idosos."	57
Apoio Perceptivo	"Permitiu-me realizar uma nova reflexão."	89
Apoio Perceptivo	"Ajudou-me a desdramatizar aquela situação e elucidou-me que tal acontecimento não poderia ser um obstáculo à minha aprendizagem."	98
Apoio Perceptivo	"(...) conversou comigo, eu não queria faltar ao estágio no entanto ela explicou-me que seria melhor faltar um dia do que posteriormente ter necessidade de faltar vários(...). Considerei este apoio importante, pois foi um "empurrão" para eu voltar a uma consulta."	111
Apoio Perceptivo	"Ajudou-me de forma a eu perceber que aquela situação é normal e se vai repetir durante toda a minha vida profissional e que tinha que arranjar estratégias para me defender."	133
Apoio Perceptivo	"Conversou comigo e fez-me perceber que não tive culpa do que aconteceu."	152
Apoio Perceptivo Apoio Afectivo	"Fez com que comesse a pedir para realizar procedimentos (...)." "(...) e que não tivesse receio de o fazer e de errar na sua realização."	120
Apoio Perceptivo Apoio Emocional	"O facto de o meu orientador me ouvir por si só foi muito importante, pois permitiu-me voltar a vivenciar a situação de forma diferente." "(...) o que me fez sentir apoiada e compreendida."	24
Apoio Perceptivo Apoio Emocional	"Explicou-me qual o motivo da atitude da enfermeira (...)." "Senti-me compreendido e compreendi o motivo pelo qual tinha acontecido."	80
Apoio Perceptivo Apoio Informativo	"Explicou que verificou as quezílias internas do grupo e aconselhou-nos a mudar de postura (...)."	115

OBSERVAÇÕES/COMENTÁRIOS/SUGESTÕES

ASPECTOS REFERIDOS	UNIDADES de REGISTO	Nº de ORDEM	
ASPECTOS SOCIAIS (DOS ALUNOS)	"Não deveriam colocar alunos que têm casa alugada em Coimbra em estágios distantes que obriguem a alugar uma outra casa fora de Coimbra."	97	
AValiação	"As reflexões e relatório de estágio deveria ter uma ponderação menor do que têm neste momento."	98	
CONFIRMAÇÃO DAS EXPECTATIVAS	"De uma maneira geral julgo que os locais de estágios têm-se adaptado às minhas expectativas. Pessoalmente gostava que se investisse ainda mais na área de enfermagem Médico-cirúrgica."	50	
ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DA COMPONENTE TEÓRICA	"A nossa formação académica deveria ser reformulada de forma a estimular a destreza e conhecimentos dos estudantes para que estes se sintam mais seguros no desenvolvimento das suas experiências em ensino clínico."	11	
ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"Sugiro que os orientadores sejam do serviço onde estamos a estagiar e que tomem uma atitude de ajuda."	3	
ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"A não existência de determinados campos de estágio (os mais específicos como maternidade e geriatria) e o aumento do número de semanas do estágio de Médico-cirúrgico(...). (...) a existência de um tutor permanente para um aluno."	6	
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"(...) nem sempre os orientadores pedagógicos estão preparados para o ser, dificultando assim a progressão no ensino clínico."	60	
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"Antes de enquadrar os alunos numa equipa, conhecer cada elemento da equipa de enfermagem. Ou então excluir alguns elementos, na aprendizagem dos estagiários de enfermagem."	82	
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"Os enfermeiros dos locais para onde vamos estagiar deveriam frequentar sessões que os despertassem para a relação que devem adoptar com os alunos estagiários, uma vez que esta relação influencia a prestação dos alunos."	91	
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"Só deveriam, nos serviços, "ficar" com os alunos os enfermeiros que se disponham a contribuir para a nossa aprendizagem. Que o que dizemos seja entendido como uma critica construtiva e não como uma ofensa (...)"	96	
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"(...) os orientadores/professores/tutores deveriam ser sujeitos a inquéritos/avaliações, não só pela sua prática clínica (...), mas fundamentalmente, pelas suas capacidades humanas e a sua relação de ajuda e de simpatia."	117	
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES	"(...) não deviam escolher qualquer pessoa para ser professor/orientador e essa escolha devia passar por provas/testes."	118	
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Durante o estágio, o responsável pedir o mínimo de trabalhos possíveis, dando mais ênfase ao trabalho realizado no serviço (...)."	14	

GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO		"Um dos factores que gera algum stresse são, por vezes, as quantidades de trabalhos teóricos propostos em cada campo de estágio, que nos limita a nível de tempo."	18
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO		"Existirem menos trabalhos ao longo dos estágios que ocupem o tempo extra-estágio."	85
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO		"É complicado para um aluno para além do turno a realizar ainda levar todos os dias trabalhos para realizar em casa, em alguns estágios deixamos de ter vida própria. Por vezes não há tempo para lazer."	105
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO		"(...) temos muitos trabalhos teóricos. E o que mais me irrita é o facto de serem estes trabalhos mais valorizados que o nosso trabalho pratico, pois os orientadores estão pouco tempo connosco e não nos conseguem avaliar correctamente."	151
IMPORTÂNCIA DO ENSINO CLINICO		"Acho que os estágios são importantes para a nossa aprendizagem e todo o trabalho desenvolvido contribui para a nossa formação, no entanto, considero que estamos sobrecarregados com trabalhos e não há tempo para investir noutra coisa que não no curso." "	26
IMPORTÂNCIA ESTUDO/QUESTIONÁRIO	DO	"(...) este tipo de estudos deveriam ser realizados com mais frequência visto que, infelizmente, ainda não existe uma correcta articulação entre as escolas de enfermagem e as instituições/locais de estágio."	56
IMPORTÂNCIA ESTUDO/QUESTIONÁRIO	DO	"(...) é um trabalho interessante, gostaria por isso de tomar conhecimento dos resultados deste estudo."	103
IMPORTÂNCIA ESTUDO/QUESTIONÁRIO	DO	"Considero este tema de investigação pertinente e útil para a evolução do ensino de enfermagem."	112
IMPORTÂNCIA ESTUDO/QUESTIONÁRIO	DO	"Considero este trabalho de investigação muito interessante e importante, espero que corra bem e que os resultados sejam publicados o mais cedo possível. Felicidades!"	127
IMPORTÂNCIA ESTUDO/QUESTIONÁRIO	DO	"Gostei da tese que escolheu. Pois os estudantes em estágio sofrem um stresse acrescido."	149
IMPORTÂNCIA ESTUDO/QUESTIONÁRIO GESTÃO TEMPO/TRABALHO	DO	"Esta avaliação deveria ser realizada em todos os estágios de forma individual, avaliando todas as dimensões. Os trabalhos teóricos em alguns ensinos clínicos são muito intensos e causam muito stresse."	124
ORGANIZAÇÃO		"Os orientadores/supervisores dos ensinos clínicos deveriam ser sempre enfermeiros do serviço."	46
ORGANIZAÇÃO		"Existir uma melhor preparação em termos práticos, em contexto escolar, para que a prática não seja tão stressante."	58
ORGANIZAÇÃO		"Avaliar, de acordo com a opinião dos estagiário, quais os melhores e piores locais de estágio e em caso de algum desses locais ser considerado como mau, retirá-lo de local de ensino clínico."	125
ORGANIZAÇÃO GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO		"Os campos de estágio deveriam ser mais bem escolhidos. Deveria haver menos trabalhos escritos. O estágio deveria começar logo no 1º ano, no 3º ano é muito tarde para os alunos tentarem mudar de curso." "	152

PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL		"Transmissão dos dados colhidos aos orientadores e professores."	89
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO		"(...) Era bom que os professores e enfermeiros se mantenassem atentos aos alunos pelos quais estão responsáveis (...). Cada aluno reage de forma diferente, e o que é indiferente para um pode ser muito significativo para outro."	111
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO		"O apoio do professor ou supervisor dos alunos é fundamental para nós alunos (...)."	123
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO		"Seria mais necessário o apoio e acompanhamento dos professores nos locais de estágio."	146
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO		"(...) maior acompanhamento por parte dos tutores e orientadores de estágio aos alunos e que as notas sejam dadas com justiça (...)."	150
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO		"O professor: apelar individualmente aos medos e receios do aluno. Diminuir a sensação de avaliação constante em ensino clínico. Criar uma relação empática e até de amizade para com os alunos."	23
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO		"Penso que seria importante que os nossos professores nos prestassem apoio em situações destas e tivessem em conta as atitudes dos enfermeiros face a nós."	35
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO		"Na maioria dos estágios não há qualquer tipo de preocupação na nossa formação há apenas o mostrar da necessidade de avaliar."	42
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO		"(...) é imperativo que os orientadores passem mais tempo com os estagiários. Uma orientação à distância facilmente deturpa a realidade do nosso trabalho e não identifica as nossas reais necessidades. O regime de orientação devia ser uniforme para todo o grupo de estágio."	47
PROCESSO SUPERVISIVO ACOMPANHAMENTO / AVALIAÇÃO		"É importante fazer um acompanhamento aluno a aluno, semanalmente, focando os seus factores positivos e negativos (aspectos a melhorar)."	113
QUESTIONÁRIO/CRÍTICA		"Demasiado longo e muitas questões abertas."	131
QUESTIONÁRIO/CRÍTICA		"Durante o período de estágio, estagiamos em diferentes locais o que leva a que a residência também não seja a mesma. Acho que poderia adequar melhor essa parte do questionário."	136
QUESTIONÁRIO/CRÍTICA		"Há uma questão que é dúbia já que ao perguntar que "Não é um bom sítio para estagiar" não especifica ao estágio e ao longo dos ensinos clínicos há diferentes locais: uns bons outros não."	148
QUESTÕES DE SUPERVISÃO/ACOMPANHAMENTO E FORMAÇÃO ESPECÍFICA		"Para supervisionar é preciso ter-se consciência de que é uma tarefa muito difícil. Terá de estar sempre dentro de todos os assuntos e saber ouvir as duas partes. É também importantíssimo a presença assídua para criar uma confiança com os alunos."	16
RELAÇÃO INTERPESSOAL		"(...) considero que os enfermeiros devem ser informados dos nossos objectivos, do que podemos ou não fazer (...)."	13
RELAÇÃO INTERPESSOAL		"Penso que muitas vezes alguns enfermeiros criam demasiada pressão nos alunos, o que dificulta a nossa aprendizagem. Seria importante por em os alunos à vontade (...)."	17

RELAÇÃO INTERPESSOAL EQUIPA-ALUNO	"(...) os enfermeiros ganham muitos conhecimentos com a prática de cuidados no entanto esquecem-se por vezes daquilo que aprenderam enquanto estudantes e não têm em atenção que nós não temos prática, portanto regemo-nos somente pela informação teórica."	108
UTILIDADE DO QUESTIONÁRIO	"É um inquérito bastante pertinente. É bom apercebermo-nos que há alguém que se apercebe deste dado dos estágios e da nossa vida enquanto estudantes. Há alguém que vê mais além do que somente as notas, mas apercebe-se dos problemas que podem estar inerentes."	38
UTILIDADE DO QUESTIONÁRIO / AUTO REFLEXÃO	"Este questionário tornou-se útil, na medida em que me proporcionou o pensamento crítico e reflexão."	2
VALORIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"A prática deveria ser mais valorizada."	53
PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL	"Estas situações estão dependentes dos locais onde os ensinos clínicos se realizam e de quem os orienta."	7
GESTÃO DE TEMPO/TRABALHO	"O tempo de estágio (8 H. diárias) já é stressante para os estagiários e chegar a casa e ter de continuar com trabalhos em casa aumenta o nosso stress e diminui o tempo disponível para descansar ou divertir. (...) Há certa incompatibilidade entre estágio e vida pessoal."	114

--	--	--

RESPOSTAS AO STRESSE

CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	N.º DE ORDEM
Domínio Cognitivo	"(...) me deixou constrangida e angustiada (...)." "A minha vontade era sair porta fora e chorar."	2
Domínio Cognitivo	"Contei cada minuto que faltava para sair dali."	3
Domínio Cognitivo	"Senti-me impotente para dar resposta a esta situação."	4
Domínio Cognitivo	"Fiquei tão desanimada e irritada."	5
Domínio Cognitivo	"(...) que me desmotivaram e me causam stresse psicológico."	6
Domínio Cognitivo	"(...) me senti impotente para ajudar (...). "	11
Domínio Cognitivo	"(...) houve uma desmotivação para o ensino clínico."	12
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me preso."	14
Domínio Cognitivo	"Senti-me um pouco desamparada."	16
Domínio Cognitivo	"(...) estava nervosa e constrangida."	17
Domínio Cognitivo	"Senti-me muito desiludido (...)."	19
Domínio Cognitivo	"(...) o que me leva a ficar nervoso e algo desconfortável (...)."	21
Domínio Cognitivo	"(...) me sentir um pouco frustrado (...)."	23
Domínio Cognitivo	"(...) várias vezes me questionei se eu teria capacidade para lidar com esta e outras situações."	24
Domínio Cognitivo	"Senti-me, no mínimo, injustiçado."	25
Domínio Cognitivo	"Senti-me bastante frustrada e desiludida comigo (...)."	27
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me muito "pequena" e fique bastante deprimida (...)."	29
Domínio Cognitivo	"Senti-me sem vontade de elaborar os trabalhos, cansado."	31
Domínio Cognitivo	"Senti-me desamparada e perdida (...) fiquei nervosa (...)."	32
Domínio Cognitivo	"Eu estava muito nervosa (...). Sinto que a culpa foi minha (...)."	39
Domínio Cognitivo	"(...) me sentia impotente e que por vezes a vida não valia a pena."	44
Domínio Cognitivo	"Sentia-me angustiada, revoltada por não poder fazer nada."	45
Domínio Cognitivo	"Senti-me frustrado e irritado (...)."	46
Domínio Cognitivo	"Foi humilhante (...) e senti que nada podia dizer para me defender."	48
Domínio Cognitivo	"Este facto revoltou-me (...)."	50
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me revoltada (...)."	53
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me injustiçada (...)."	54
Domínio Cognitivo	" Senti frustração e desagrado (...)."	55
Domínio Cognitivo	" (...) julgo ter sido "abusado"."	56
Domínio Cognitivo	"Senti-me impotente."	57
Domínio Cognitivo	"Senti-me envergonhada e um pouco perdida (...)."	58
Domínio Cognitivo	"Senti-me impotente e incapaz de reagir."	59
Domínio Cognitivo	"Após todo este trabalho a recompensa não foi nenhuma, senti que tido sido uma perda de tempo (...)."	60
Domínio Cognitivo	"(...) não senti que esse esforço tivesse sido reconhecido."	62
Domínio Cognitivo	"(...) sinto que o meu trabalho não é valorizado (...)."	63
Domínio Cognitivo	"Esta situação causava bastante desagrado (...)."	65
Domínio Cognitivo	"Senti-me frustrado."	69
Domínio Cognitivo	"(...) torna-se aborrecido."	71
Domínio Cognitivo	"Senti-me um pouco angustiado (...)."	74
Domínio Cognitivo	"Senti-me pressionada e com receio de falhar (...). (...) sinto que a pressão não foi benéfica."	82
Domínio Cognitivo	"Senti-me desiludida e desapontada comigo mesma."	86
Domínio Cognitivo	"Senti-me desorientada e sem apoio."	90
Domínio Cognitivo	"(...) a minha vontade era de sair imediatamente daquele serviço."	91
Domínio Cognitivo	"Não me senti valorizada e senti que a avaliação (...) foi injusta."	93
Domínio Cognitivo	"(...) de este curso se ter revelado uma desilusão, encontrando-me neste momento profundamente descontente (...)."	94

Domínio Cognitivo	"(...) senti-me mal, ansiosa e deprimida."	96
Domínio Cognitivo	"(...) me provocou muita tristeza e vontade de nunca mais voltar para lá."	98
Domínio Cognitivo	"(...) sem sentir que houvesse de facto um reconhecimento (...) para o esforço empreque (...)."	100
Domínio Cognitivo	"Tinha medo de estar exposta perante uma gente nova (...)."	104
Domínio Cognitivo	"(...) senti-me extremamente revoltada (...)."	106
Domínio Cognitivo	"(...) nesse dia o desânimo e a revolta instalaram-se."	109
Domínio Cognitivo	"Senti falta de estabilidade (...)."	110
Domínio Cognitivo	"(...) fez ter uma sensação de frustração."	113
Domínio Cognitivo	"Senti-me muito incompreendida."	114
Domínio Cognitivo	"(...) fiquei muito contrariada com esta situação."	115
Domínio Cognitivo	"Fiquei bastante desiludido (...). O sentimento de frustração foi imenso."	116
Domínio Cognitivo	"Senti-me completamente perdida, enervada e até com raiva."	117
Domínio Cognitivo	"(...) sentia-me perdida (...)."	120
Domínio Cognitivo	"Tudo isto provoca sentimentos de bloqueio e ausência de " vida própria" e	121
Domínio Cognitivo	"(...) sinto um pouco ultrajada e prejudicada."	125
Domínio Cognitivo	"(...) medo de represálias."	131
Domínio Cognitivo	"Senti-me um pouco perdida e desorientada (...)."	132
Domínio Cognitivo	"(...) provocou-me angustia e stresse."	133
Domínio Cognitivo	"Senti-me muito nervosa e questionei-me se valeria a pena continuar naquele	134
Domínio Cognitivo	"Senti-me muito nervosa, desmotivada e revoltada (...)."	135
Domínio Cognitivo	" (...) fico stressada porque quando sinto que preciso de mais apoio, orientação, é	137
Domínio Cognitivo	"(...) causou-me alguma ansiedade momentânea (...)."	139
Domínio Cognitivo	"(...) sentimo-nos assustadas (...)."	140
Domínio Cognitivo	"(...) sentia-me muito mal naquele local, muito triste e com vontade de não voltar	141
Domínio Cognitivo	"(...) sentimo-nos assustadas (...)."	142
Domínio Cognitivo	"(...) me causou algum stresse, levando-me cada dia que passava a desejar que	143
Domínio Cognitivo	"Estávamos-nos a sentir incomodadas e stressadas (...)."	145
Domínio Cognitivo	"(...) deixou-me bastante abalada psicologicamente. (...) senti que não consegui	147
Domínio Cognitivo	"Senti-me triste, revoltada e bastante nervosa (...)."	148
Domínio Cognitivo	"(...) deixou-me altamente ansiosa e muito frustrada (...)."	150
Domínio Cognitivo	"Senti-me frustrada, irritada (...)."	153
Domínio Cognitivo	"A ansiedade é muita."	154
Domínio Cognitivo	"Senti que foi uma humilhação para mim e desvalorização total do meu trabalho	156
Domínio	"Comecei a ficar ansiosa e tive que abandonar a sala (...)."	26
Domínio	"Senti que ela me queria humilhar e que abusou do facto de ser aluna, deixei-a	35
Domínio Comportamental	"(...) fez com que eu sentisse que ela não era justa e com que me afastasse um pouco dela."	37
Domínio Comportamental	"Sentindo-me ferida (...) respondi com agressividade (...)."	51
Domínio	"Cada vez que penso que vou iniciar um estágio sinto-me muito ansiosa o que por	105
Domínio Comportamental	"No momento somente me afastei (...)."	108
Domínio Comportamental	"(...) evito contactar com estas pessoas."	158
Domínio Fisiológico	"(...) foi bastante difícil controlar o meu choro (...)."	8
Domínio Fisiológico	"(...) me sinto bastante ansioso nestes momentos que se manifesta por sudorese	9
Domínio Fisiológico	"(...) senti-me mal (...)."	20
Domínio Fisiológico	"(...) me sentir mal física e psicologicamente."	22
Domínio Fisiológico	"(...) descontrolei-me emocionalmente e chorei (...)."	28
Domínio Fisiológico	"Cheguei mesmo a chorar."	38

Domínio Fisiológico	"(...) não consegui parar de chorar durante as semanas de estágio."	49
Domínio Fisiológico	"Senti-me muito mal e foi difícil controlar o choro (...)."	78
Domínio Fisiológico	"(...) me fez sentir mal (...)."	81
Domínio Fisiológico	"(...) cheguei mesmo a chorar."	87
Domínio Fisiológico	"Chego a entrar num estado de ansiedade associado a vômitos e tonturas (...)."	95
Domínio Fisiológico	"(...) não consegui conter as lágrimas; foram mais fortes do que eu (...). (...) voltei	111
Domínio Fisiológico	"(...) apresentava ansiedade acentuada. (...) diaforese., polipneia e taquicardia."	112
Domínio Fisiológico	"Comecei logo a tremer, o meu coração palpitava cada vez mais e estava com	118
Domínio Fisiológico	"Cheguei a chorar quase todos os dias (...)."	124
Domínio Fisiológico	"(...) causavam ansiedade ("nervoso miudinho") e durante todos os dias de estágio	126
Domínio Fisiológico	"Comecei a ficar pálido e com sudorese intensa."	127
Domínio Fisiológico	"Eu fiquei tão nervosa que desatei a chorar (...)."	151
Domínio Fisiológico	"(...) enervei-me de tal maneira que comecei a chorar."	155
Domínio Fisiológico	"(...) comecei a chorar (...)."	159

OUTRAS ESTRATÉGIAS/FORMAS DE AJUDA REFERIDAS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	N.º DE ORDEM
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES		"(...) os alunos só deveriam ser distribuídos a enfermeiros com capacidade e disponibilidade para orientar e ensinar eficazmente os mesmos. Estes enfermeiros deveriam ter formação específica."	32
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES		"Que estas enfermeiras não orientassem alunos (...)."	96
FORMAÇÃO ESPECÍFICA DOS SUPERVISORES		"Fazerem na escola uma selecção das pessoas (professores) com boas capacidades para orientar alunos. Melhor compreensão das dimensões sociais e culturais dos alunos."	124
ORGANIZAÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"Talvez ajudasse o estágio ser mais curto e nouro ano do curso."	57
ORGANIZAÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"(...) se o tempo de permanência nos campos de estágio se prolongasse."	105
ORGANIZAÇÃO	ESTRUTURAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO	"(...) seria a presença do orientador pedagógico a 100% na primeira semana. (...) pertencer à equipa de enfermagem que presta cuidados naquele serviço. (...). (...) diminuir o nº de estagiários por estágio (...)."	137
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"O número de trabalhos realizados durante o estágio deveria ser reduzido, e o tempo para a sua realização deveria ser incluído nas horas do estágio e não extra-estágio."	92
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Realizarem-se menos trabalhos escritos (...)."	95
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"(...) uma diminuição do trabalho em grupo e individual (...). "	97
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Redução do número de trabalhos (...)."	99
ORGANIZAÇÃO	GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE TEMPO/TRABALHO	"Se não fossemos sobrecarregados com trabalhos (...)."	121
PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL		"(...) a equipa de enfermagem deveria ser devidamente esclarecida acerca dos objectivos do ensino clínico e ajuda na integração dos estudantes na equipa."	33
PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL		"Protocolos com outras escolas. Apoios do estado."	66

PROCESSO INTER-INSTITUCIONAL		"Os profissionais de saúde poderiam ter sido informados da desmotivação dos alunos e para o facto de termos necessidade de realizar procedimentos e de nos sentirmos apoiados por eles."	120
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Penso que o professor orientador deveria ser mais presente, participativo no nosso processo de aprendizagem."	2
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Penso que o orientador devia estar mais presente numa atitude encorajadora (...) e não numa atitude avaliativa e crítica negativista do nosso desempenho."	3
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Fundamentalmente, a presença de quem nos orienta. Uma orientação concreta, justa e auxiliadora."	6
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) se os ensinamentos clínicos fossem em regime tutorial. Deste modo o acompanhamento seria mais objectivo. Outra estratégia seria não atribuir a um profissional orientador de um ensino clínico, qualquer outra actividade de modo a que pudesse despende-lo."	7
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Se estivesse sob supervisão poderia ter contribuído mais significativamente para a resolução da situação (...)."	11
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) bastava que a nova orientadora se inteirasse da situação combinada."	12
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Presença mais assídua, ouvir o que os alunos têm a dizer, o que os está a preocupar."	16
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Técnica assertiva. Compreensão perante as expectativas frustradas (...). Melhor orientação e coordenação. Mais interesse em formar e educar."	25
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Através de um maior acompanhamento por parte do tutor/ serviços."	35
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Ao longo dos estágios deveriam orientar os alunos e criticar construtivamente a sua actuação."	43
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) o orientador ter-se deslocado ao campo de estágio e ter orientado na realização do trabalho. "	46
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"O apoio ao aluno, que se encontra numa situação delicada como o ensino clínico é crucial para resolver os problemas. Muitas vezes o estabelecimento de uma relação de ajuda com os alunos poderá ajudar."	51
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) um apoio mais sólido por parte dos orientadores e dos profissionais nos serviços (...):"	52
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) poderia ter ido ao Centro de Saúde orientar-nos relativamente à realização da SES."	53
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Diálogo, uma maior compreensão e ajuste de pontos de vista e modos de estar. (...) ter consciência que tinha a seu "encargo" uma aluna que precisa de apoio e orientação."	63
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) deveria ter percebido as nossas dificuldades e ter adiado/ diminuído o nível de exigência do trabalho."	69
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Uma presença permanente do orientador (...) "	79
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Uma maior observação do grupo de estágio de forma a identificar os problemas que existem (...)."	81
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) existir alguma compreensão por parte dos orientadores de estágio a nível da dificuldade ou facilidade dos alunos em se integrarem na equipa."	86
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) deveria passar mais tempo com os grupos de estágio e estar a mais atento às nossas dificuldades e receios."	90

PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Orientador mais presente no local de estágio."	93
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) poderia ter apoiado mais, em vez de se manifestar apontando sempre aspectos negativos devia, por vezes, realçar alguns aspectos positivos (...)."	118
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Maior apoio do professor orientador (...):"	123
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Definir quando é que o professor ia ao serviço e o que pretendia."	127
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Esclarecimento da situação clínica do doente e perspectivas de prognóstico. Acompanhamento emocional nas horas seguintes. Reavaliação posterior do estado emocional do aluno."	131
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Haver um acompanhamento constante e desta forma o orientador não devia estar connosco apenas no início e final da semana."	148
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) os tutores estivessem mais tempo connosco e mais atentos (...)."	150
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"(...) Talvez se me tivessem mostrado o que fazer numa situação idêntica que possa surgir no futuro."	152
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Qualquer tipo de apoio (...)."	153
PROCESSO SUPERVISIVO	ACOMPANHAMENTO	"Supervisão total, mas em termos de ajuda psicológica. Não em termos de questionar tudo e mais alguma coisa."	154
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"(...) haver um feedback do sucedido e uma opinião sobre os aspectos mais relevantes."	9
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"(...) a realização de uma avaliação mais efectiva e sistemática (...)."	60
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"(...) ter existido um maior reconhecimento do esforço realizado para organizar todos os trabalhos teóricos (...)."	62
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"(...) rever os critérios de avaliação dos alunos."	106
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"Maior compreensão e maior clarificação daquilo que se pretendia, dos objectivos a atingir."	132
PROCESSO SUPERVISIVO	AVALIAÇÃO	"Menos pressão sobre nós estagiários, outras estratégias de avaliação (...)."	159
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"A forma como as críticas foram expostas deveriam ter sido de uma forma construtiva e não de "condenação"."	48
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"(...) deve haver um maior respeito pelos alunos (...) de modo a desenvolver as actividades com um maior à vontade e sem nervosismo."	50
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"Julgo que o enfermeiro podia ter compreendido melhor a minha posição e prestado apoio emocional quando chorava."	87
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"(...) antes de falar com o grupo, falar primeiro comigo a sós."	113
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"Deveria haver mais compreensão pelos estagiários."	114
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO EQUIPA-ALUNO	"Um pouco mais de flexibilidade por parte dos profissionais de saúde, por forma atornarem-se prestáveis e disponíveis(...)."	158
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"Só queria que pelo menos os orientadores me respondam de outra forma. Porque com estas respostas fico logo desmoralizada (...)."	1

RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"(...) poderia no meu ver, mesmo que mais tarde, conversar comigo e referir a sua opinião (...) para assim esclarecer a sua posição."	21
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"Uma vez acontecendo penso que o professor deveria ter sido mais flexível (...)."	22
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"Conversar individualmente com o aluno e procurar detectar e atenuar as suas dúvidas e receios."	23
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"(...) devia demonstrar um pouco mais de consideração pela opinião dos estagiários."	47
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"Os orientadores não estarem "em cima" do acontecimento, de forma a captarem os nossos erros, e ao dizê-los, não o fazerem em frente de doentes, mas de uma forma mais discreta."	58
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"(...) poderia ter marcado uma entrevista, permitindo-me explicar a elaboração da reflexão."	89
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"Explicar de forma efectiva o que pretendia, não apenas depois dos trabalhos realizados e avaliados."	100
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"(...) um apoio mais eficaz da parte dos professores/orientadores, bem como dos profissionais dos locais de estágio."	101
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"(...) poderia ter sido um pouco mais delicado..."	136
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR ALUNO	"(...) falar num tom de voz normal, e seguidamente inspirar alguma confiança (...)."	156
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR EQUIPA	"Falarem com a enfermeira em questão e fazê-la aperceber-se das nossas capacidades (...)."	59
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR EQUIPA	"Alertar esses mesmos profissionais de enfermagem para as suas atitudes."	82
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR EQUIPA	"Falar com o anestesista explicando que já temos noções básicas sobre os procedimentos."	85
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR EQUIPA	"(...) alertar aquela enfermeira que não agiu correctamente (...)."	103
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR EQUIPA	"(...) tivesse confrontado a enfermeira (...)."	108
RELAÇÃO INTERPESSOAL	COMUNICAÇÃO SUPERVISOR EQUIPA	"Esclarecesse junto da enfermeira que nós estávamos lá para aprender e não para sermos escravos."	149

NATUREZA DA SITUAÇÃO INDUTORA DE STRESSE

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES de REGISTO	N.º DE ORDEM
Competências do Aluno	Metodológicas	"Tenho dificuldade em seleccionar a informação mais pertinente e saber o que é mais importante dizer-se e o que não é relevante para aquele momento."	9
Competências do Aluno	Relacionais	"A enfermeira orientadora questionou (...). Eu sabia a resposta, mas como tinha medo de estar errada, não respondi."	86
Competências do Aluno	Relacionais	"As sessões de educação para a saúde, no início, começaram por me fazer bastante confusão (...). Tinha medo de estar exposta perante gente nova (...)."	104
Competências do Aluno	Técnicas	"(...) não consegui realizar com sucesso as 2 primeiras colheitas de sangue."	23
Competências do Aluno	Técnicas	"Aquando da administração de alimentação enteral, desadaptou-se a sonda da seringa, dando um banho de sopa a mim e ao doente (...)."	146
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Sou trabalhadora-estudante (...). No início de cada estágio vou ter com o orientador e professor orientador do estágio e explico a situação, alguns deles responderam-me assim: quanto a isso não posso fazer nada se vai ter de faltar mesmo que seja para trabalhar vai ter de ser prejudicada por isso."	1
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) a coordenadora (...) apenas se preocupava em pedir trabalhos escritos."	14
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) na 1ª semana de estágio estavam 6 enfermeiros (...) 3 dos quais foram assistir a uma formação. Neste período de tempo o trabalho pareceu dobrar, e os enfermeiros já não tinham mãos a medir e ainda por cima apareceu uma urgência."	15
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Durante a 4ª semana de estágio tinha que desenvolver uma síntese reflexiva final, uma sessão de educação para a saúde e ainda tive frequência da disciplina de opção (...) a orientadora (...) só na terça-feira nos informou que a síntese que pretendia era na sua totalidade em moldes diferentes do que eu já havia feito."	22
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) ocorreu devido à sobrecarga de trabalhos escritos e poucas horas de sono."	31
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) houve necessidade de escolher um estudo de caso para ser discutido com os colegas e a equipa de enfermagem. Tendo sido escolhido o meu trabalho, tive que o apresentar sem estar preparada."	48
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Acontece que a partir do momento que soube que ia estagiar para aquele local que uma onda de stresse me invadiu dado que aquela não era uma área do meu interesse (...)."	49
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"De acordo com o planeado (...) fomos impelidos a realizar uma sessão de educação para a saúde. O orientador (da escola) já depois de termos combinado com o enfermeiro do Centro de Saúde, as datas adiou tudo."	53
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) sobrecarga de trabalhos teóricos que temos de realizar."	62

Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) o verdadeiro stresse surge devido ao excesso e sobrecarga de horas de estágio, muitos objectivos a atingir e inúmeros trabalhos para realizar."	64
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O professor não percebeu que o estágio foi encurtado por feriados, festas académicas e greves e mesmo assim exigiu trabalho a realizar quase de um dia para o outro."	69
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Estar muito tempo numa unidade, sem ter nada para fazer."	71
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) excesso de trabalho."	72
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"A realização de um reflexão estruturada proposta pela orientadora de estágio, que realizei não tendo assistido à sua explicação sobre as directivas (...)."	89
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O facto de ter um grande número de trabalhos para realizar."	92
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) sermos bombardeados com trabalhos, ou seja, para além das oito horas de trabalho no serviço temos ainda de ir para casa trabalhar."	94
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) a realização de trabalhos escritos."	95
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) tinha muitos trabalhos para elaborar e não tinha tempo para os fazer."	97
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O facto de ter imensos trabalhos para realizar."	99
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"A carga excessiva de trabalhos que tinha de realizar."	100
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) tenho muitos trabalhos para realizar (...)."	101
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"Todas as integrações nos locais de estágio são stressantes. É um constante iniciar de tudo o que já estava alcançado, confiança na equipa, no teu trabalho e nos doentes."	105
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O início do estágio de medicina, a forma como o estágio era orientado, a quantidade de trabalhos e o questionamento frequente dos nossos conhecimentos tornou-se um momento muito stressante."	121
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"(...) foi o facto de termos vários trabalhos para casa (...)."	144
Gestão e Organização de Tempo/Trabalho		"O stresse para fazer trabalhos escritos é o que mais me preocupa. Para além do trabalho de estágio ainda trazemos trabalho para casa e por vezes para entregar no dia seguinte."	154
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"A equipa de enfermagem não estava receptiva à nossa presença (...)."	3

Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Quando na última semana de estágio a enfermeira chefe (...) nos disse que não estávamos a cumprir com os nossos objectivos (...)."	5
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Estava lá uma enfermeira que disse à frente da mãe da criança que eu não podia entrar no quarto sem máscara. (...). Horas mais tarde vi essa mesma enfermeira sem máscara dentro do quarto."	13
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"A má vontade de alguns profissionais de enfermagem em aceitar a opinião dos alunos. "	21
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"O enfermeiro não se mostrou disponível para esclarecer as muitas dúvidas que eu tinha e, durante o turno ia solicitando que fizesse várias coisas sozinha (...)."	29
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) toda a equipa de enfermagem (...) "rotulou" uma utente como sendo seropositiva (...)."	30
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Fui (...) distribuída para uma enfermeira que praticamente não me dirigiu a palavra nem me explicou qualquer procedimento."	33
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Uma enfermeira chamou-me à atenção sobre algo que tinha feito em frente às minhas colegas e no meio do hall (...)."	35
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) uma auxiliar de acção médica me mandou ir buscar o saco para as roupas sujas, encontrando-se ela a realizar uma tarefa.(...). A enfermeira falou com a auxiliar e esta negou o que tinha dito."	38
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"A equipa de enfermagem ignorava e gozava os estagiários."	43
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Num dos momentos em que me dirigi ao quarto para o posicionar [doente] fui impedido por uma auxiliar de acção médica que alegava querer limpar o dito quarto (...)."	50
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) sentia que a equipa de enfermagem não se preocupava sequer em apoiar os estagiários."	51
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Quando procurava ajudar uma senhora enfermeira foi-me recusada a ajuda e respondido de forma rude."	52
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) uma enfermeira da "velha guarda" pediu-me que fizesse a higiene matinal de uma idosa totalmente dependente (...) acabei por realizar a higiene da doente sozinho (...)."	56
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) fiquei com uma enfermeira que não me deixou fazer quase nada (...)."	59

Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) foi o facto de ir para realizar um procedimento e a enfermeira que estava comigo disse "temos que despachar, eu faço"."	61
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Os enfermeiros da equipa (alguns) não gostavam de andar connosco."	65
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) fui injustiçada por uma enfermeira que disse à minha orientadora pedagógica (professora) que eu não estaria interessada em realizar o estudo da família, quando isso não era verdade."	68
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"O modo como alguns elementos da equipa de enfermagem abordam, acompanham e orientam os estagiários de enfermagem."	82
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Estava a realizar um procedimento técnico a uma criança e um anestesista passou o tempo a dizer-me o que deveria fazer, e a perguntar se sabia o porquê de fazer de uma forma ou de outra e para ter cuidado..."	85
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) uma enfermeira humilhou-me à frente de uma pediatra. De uma forma autoritária e desprezo (...) por ter respondido a uma pergunta correctamente, mas que no seu entender era errada."	88
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Uma enfermeira (...) falou num tom de voz alto e depois saiu da sala e disse irritada: "Isto é pais, é alunos, é tudo aqui a chatear"."	91
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Durante o estágio os enfermeiros do serviço fizeram "de conta" que não estava presente, que eu não existia."	96
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) uma das enfermeiras disse arrogantemente que eu devia sair perto dela que a estava a incomodar."	98
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) a enfermeira (...) quando nos disponibilizámos para ajudar (...) ela diz-nos: "Desapareçam daqui porque vocês não sabem fazer nada!".	103
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Quando me preparava para realizar uma colheita venosa, com luvas, a enfermeira que me acompanhava, retiro-me todo o material da mão e referiu que com luvas perde-se a sensibilidade."	108
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) na minha última semana vi-me impossibilitada de prestar cuidados, porque a enfermeira com que estava distribuída achou que os estagiários não tinham capacidade para tal."	109
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Numa introdução de SNG, tive dificuldade (...) e a enfermeira que estava comigo foi muito fria e incompreensiva, chegando a tirar-me a sonda da mão (...)."	114
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) quando tomei a iniciativa para realizar um procedimento novo, que me foi recusado por nunca o ter realizado."	116

Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Os enfermeiros que me estavam destinados eram aqueles que nunca querem alunos, pois para além de alguma má vontade, ignoravam a minha presença quase sempre (...)."	117
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Quando existiam procedimentos a realizar, os profissionais não nos davam oportunidade de os realizar (...)."	120
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) os enfermeiros do serviço, exigiam que fizéssemos determinadas actividades num curto espaço de tempo, ou de determinada maneira."	125
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) a falta de respeito que alguns profissionais demonstravam para com o nosso trabalho, nomeadamente durante as passagens de turno (...)."	129
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) sinto que a orientação nem sempre é boa, na medida em que muitos enfermeiros nos ignoram."	137
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) foi uma discussão com um enfermeiro do serviço e sempre que nos cruzávamos não falávamos e muitas vezes quando queria alguma coisa tinha que me dirigir a outro enfermeiro."	138
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Houve um profissional que (...) me falou durante todo o dia com desprezo e fez questão de me "gozar" com uma coisa que não lhe soube responder (...)."	141
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Foi quando uma enfermeira me tratou como se eu fosse um "escravo" dela."	149
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"(...) a enfermeira que estava comigo simplesmente desapareceu e deixou-me sozinho. Tinha que ter a doente arranjada (...) às 9 H e não consegui. Uma auxiliar entrou no quarto e disse " nem amanhã está pronto" (...)."	155
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Fui chamada à atenção sem ter sido eu a administrar a terapêutica em causa."	157
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"Ser humilhada e inferiorizada por alguns enfermeiros."	158
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Atitude	"E o trabalho começou a atrasar-se, a enfermeira do sector andava sempre a "resmungar" e "barafustar" porque eu demorei muito ou porque me esqueci de algum material (...)."	159
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"(...) foi extremamente rude e mal-educada, levantando o tom de voz para mim, dizendo que encostada ao armário nada ia aprender."	2
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"Uma discussão com a enfermeira, na qual ela foi muito pouco assertiva e muito injusta."	19

Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"Estar com uma enfermeira e a relação que tinha com ela era de muita distância e sempre que estávamos sozinhas o silêncio entre ambas era a palavra de ordem."	63
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"(...) facto que levou a que a enfermeira me tivesse dirigido palavras menos correctas como se eu tivesse a culpa do que aconteceu."	80
Inter-acção com a Equipa Pluridisciplinar de Saúde	Comunicação	"(...) em que me senti bastante desapoiado pelo enfermeiro que me acompanhava, este começou a criticar o registo que tinha feito."	87
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) uma criança com um tumor cerebral (...) não havia muito a fazer, apenas aliviar as dores, (...) proporcionar-lhe a melhor qualidade de vida possível."	4
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) quando me apercebi que uma criança, dia após dia, estava a perder as funções vitais."	44
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"Refiro-me à situação de uma rapariga (...). À minha chegada ao serviço, falava, brincava connosco sorrindo, porém no momento em que terminou o estágio ela não falava, não sorria, nem me olhava."	45
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"Morte (...)."	55
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"A minha doente de um dia para o outro piorou. Não sabia como lidar com a sua provável morte (...)."	73
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) foi a morte de uma doente que eu estava a seguir."	74
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"Veio ter comigo um doente pedindo para ir com ele à procura de um outro doente. Fomos ao quarto do doente B (...) [ele] desabafou comigo e confessou ter estado... para cometer suicídio e referiu que apenas não o realizou devido ao outro doente ter ido ter com ele e ter vindo-me procurar."	79
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) não esperava ver miúdos e jovens a morrer (...) confesso não saber lidar com a morte (...)."	111
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"(...) foi a morte de uma doente que me havia sido distribuída (...)."	119
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"O contacto com os doentes era bastante desgastante a nível psicológico pois todos eles tinham cancro e grande parte deles estava em fase terminal."	123
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"Morte do 1º doente (...)."	131
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"A morte de uma senhora a quem tinha prestados cuidados (...)."	133
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"A morte de uma doente (...)."	139
Inter-acção com a Situação	Fase terminal de vida / Morte	"A morte de uma doente por negligência médica (...)."	153

Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"(...) era o primeiro banho que eu dava a um homem, eu já estava nervosa e constrangida."	17
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"(...) quando ia administrar insulina a uma senhora e como nunca tinha manuseado a caneta, quando achei que já tinha administrado a insulina na sua totalidade, deparei-me que isso não tinha acontecido."	27
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"Estava prestes a realizar a minha primeira colheita de sangue (...) quando o orientador ao vir de encontro às minhas mãos se "pica" no braço."	39
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"Na realização do meu primeiro penso (...)."	58
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"(...) aquando da realização de procedimentos técnicos que requeriam mais destreza (...) quando administrei a 1ª vacina (...)."	112
Inter-acção com a Situação	Realização de Procedimento pela 1.ª vez	"Foi na primeira colheita sanguínea (...)."	113
Inter-acção com a Situação	Relação com o Utente	"Foi um doente (...) que me faltou ao respeito."	84
Inter-acção com a Situação	Relação com o Utente	"(...) um doente agarrou-me no braço com imensa força, era tanta a força que eu não conseguia que ele me soltasse e magoou-me um pouco. (...) eu não estava à espera que o doente me fizesse isto."	151
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"Um senhor (...) sofreu um AVC (...), pude assistir a toda o monopólio de procedimentos a realizar (...)."	24
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"Situação de crise convulsiva (...)."	140
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"Ocorreu uma situação de crise convulsiva (...)."	142
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"(...) uma Sr.ª que se encontrava bastante constipada e que as auxiliares (...) a encontraram com perda dos sentidos num sofá e foram chamar-me a mim e às minhas colegas (...)."	145
Inter-acção com a Situação	Situação de Emergência	"Um doente a quem ia administrar a terapêutica endovenosa, começou a ficar com uma parte do rosto bastante cianosada e faleceu."	152
Inter-acção com a Situação	Sofrimento do Utente	"Esta foi uma interrupção médica da gravidez. (...). Continuo a achar que não estava preparada para acompanhar tal situação, assim como para dar o apoio a esta mãe (...)."	8
Inter-acção com a Situação	Sofrimento do Utente	"Penso que foi um pouco stressante lidar assim tão de perto com o sofrimento das crianças e também da família."	18
Inter-acção com a Situação	Sofrimento do Utente	"(...) aquando da realização do penso. A Sr.ª gritava enquanto o enfermeiro lhe prestava os cuidados."	26
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) a nossa orientadora ter vindo falar com o restante grupo de estágio, pois como a reflexão do nosso colega estava mal redigida, ela criticou o grupo por não ter ajudado esse colega a redigir essa reflexão."	20
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) estava a trabalhar com uma idosa já muito debilitada (...) foi-nos pedido, por parte do professor, que a levantasse-mos para a pesar. Eu achei que não valia a pena (...). O professor continuou a insistir que era importante (...)."	28

Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"Relação com o orientador."	76
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) devido a algum receio do orientador, na presença dele ficava um pouco nervosa (...)."	78
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"O não entendimento em termos de comunicação verbal entre mim e o orientador causou bastante stresse pois não conseguia ver esclarecidas as minhas dúvidas devido à forma ambígua como o orientador falava comigo."	132
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) foi estar a administrar uma medicação e chegar o orientador, que me questionou sobre o que estava a fazer sem uma enfermeira junto de mim (...)."	134
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"Algaliação vesical (...) estava ciente dos passos que tinha de seguir (...) o orientador começou a "disparar" faça isto, faça aquilo (...)."	135
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"(...) realizava o procedimento. (...) O professor estava presente e ao ver que estava com algumas dificuldades em vez de dar um reforço positivo, disse que parecia uma "atada"."	136
Inter-acção com o Supervisor	Relação / Comunicação	"Durante uma situação em que por acaso o orientador estava presente (...) e começou desde logo – mesmo antes de eu iniciar o procedimento a efectuar críticas/ comentários num tom de voz nada normal (...)."	156
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) na avaliação final do meu trabalho, em que a orientadora fez juízos de valor acerca da minha pessoa. Esta senhora poucas vezes deslocou-se ao campo de estágio e consequentemente raramente observou a minha forma de proceder com os doentes, colegas de trabalho e equipa de enfermagem."	6
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Não somos acompanhados mas deixados ao acaso a realizar o procedimento que nesta fase de aprendizagem seria importante ter."	7
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Aqui senti-me limitada pela falta de supervisão."	11
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) na terceira semana de estágio foi-nos mudada a orientadora. Esta não se preocupou em se inteirar de todo o que tínhamos planeado com a anterior (...)."	12
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Senti muita falta de apoio, pouca presença (...)."	16
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Na avaliação (...) houve uma quezília com o (a) orientador(a) de estágio, na qual tentei dar a entender qual a nossa posição (dos alunos) relativamente ao campo de estágio(...)."	25
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) mandou-me preparar a medicação dos seus doentes e não permaneceu junto de mim, não havendo qualquer colaboração / ajuda nem supervisão."	32
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) senti que a orientadora de estágio avaliava as pessoas pela sua simpatia e não por aquilo que fazem durante o estágio."	37
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Sinto que em alguns estágios somos orientados por professores com pouca experiência nesta área (...). O facto de se contradizerem e de nos acompanharem, no local de estágio, raramente, não conhecendo a nossa prática real (...)."	40
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Em alguns estágios senti que o orientador não tinha uma verdadeira postura de orientador. Faltavam conhecimentos teóricos e práticos e acompanhar-nos mais."	41

Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) um total abandono, por parte dos orientadores, nas suas funções de orientador (houve estágios em que o orientador não era do serviço passando 2 horas com os alunos à 2ª feira apenas, nos restantes dias não o víamos) (...)."	42
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Numa reunião de partilha de experiências, o orientador de estágio, fez críticas depreciativas e pouco construtivas da nossa apresentação. O orientador não fez nenhuma visita ao local de estágio durante a semana, pelo que não nos orientou na realização e preparação da apresentação."	46
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) é a ausência prolongada dos orientadores. A maioria desloca-se muito esporadicamente aos campos de estágio (...)."	47
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) fui tendo uma orientação muito restrita. As avaliações eram feitas num tempo muito reduzido, "à pressa", as correcções dos trabalhos que eram realizados foi entregue sempre após a entrega dos trabalhos seguintes."	60
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Avaliação por parte do orientador de estágio."	75
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) foi o facto da orientação que nos foi dada durante o estágio."	90
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) a orientadora menosprezou o nosso trabalho, afirmando que éramos um grupo heterogéneo. (...) a avaliação perante o grupo foi injusta."	93
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) o facto de constatar que existem bastantes injustiça na avaliação do estágio."	106
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) por motivos de saúde da enfermeira que era responsável pela minha avaliação, tive que mudar de enfermeira muitas vezes (...) o facto de estar sempre a mudar de enfermeira stressava-me (...)."	110
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) estava a realizar um penso.(...). Entrou o professor (...) e ficou ali como uma "estátua" a observar-me."	118
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) o professor orientador teve (...) atitudes sempre muito frias e desinteressadas para com as necessidades dos alunos (...)."	124
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) o professor orientador estava sempre connosco e os meus níveis de ansiedade andavam sempre elevados (...)."	126
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"(...) de surpresa o orientador de estágio surgia e me interrogava, observava, confrontava e me fazia ficar na dúvida."	127
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Durante os cuidados de higiene e conforto estava a orientadora pedagógica (...) e comecei a ficar (...)."	128
Inter-acção com o Supervisor	Tipo de Acompanhamento	"Estive a elaborar um estudo de caso durante uma semana, de acordo com as indicações da orientadora, e na véspera da entrega do trabalho (...) a orientadora viu o trabalho e alterou o esquema (...)."	148
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"Tínhamos muito trabalho de grupo e gerou-se conflitos dentro do grupo de estágio."	54
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) foi a incompatibilidade de uma colega de estágio com o restante grupo de estagiários."	81
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) tinha dois colegas que estavam apenas a lutar pela sua nota, sem se importar minimamente com o resto do grupo (...)."	115

Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"Senti que (...) não éramos um grupo unido e que o orientador valorizou apenas a avaliação e não o ensino (...)."	122
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) estava integrado num grupo que considero que se demonstrou disfuncional e com mau relacionamento no seu seio (...)."	143
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) surgiu um confronto entre mim e a colega que se encontrava a estagiar no mesmo serviço (...)."	147
Inter-acção Conflituosa com os Colegas		"(...) uma colega de estágio (...) que tentou prejudicar-me o máximo que pode (...)."	150
Outras		"(...) foi a "desilusão" que senti no estágio que não correspondeu às minhas expectativas."	57
Outras		"(...) as questões do alojamento e alimentação são por nosso encargo. (...) a escola não nos oferece resposta aos nossos problemas, (...) não nos é pago nem sequer o subsídio de alimentação nem a bolsa."	66

TIPO DE APOIO DO SUPERVISOR

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Apoio Afetivo	"No final eu disse-lhe que não deveria ter tido aquela reacção, que deveria ter controlado os meus sentimentos. Ele disse-me que era normal e que os enfermeiros também têm direito a sentimentos, como qualquer outra pessoa."
Apoio Afetivo	"(...) decidi referir esta situação, explicando-a ao orientador pelo que este compreendeu e respeitou a minha posição."
Apoio Afetivo	"(...) apoiou-me mesmo quando errei."
Apoio Emocional	"(...) incute confiança e nos coloca à "vontade"."
Apoio Emocional	"(...) que era natural que se errasse no início (...)."
Apoio Emocional	"Disse para eu ter calma, para me sentar e descontraír e até para ir tomar o pequeno-almoço. Senti-me apoiada no momento que ele falou comigo no gabinete pois foi uma forma de ultrapassar aquela dificuldade."
Apoio Emocional	"(...) no entanto, o orientador disse para eu não me preocupar (...)."
Apoio Emocional	"Falou comigo, disse que dependia de cada enfermeiro o modo de lidar com os alunos e que não valia a pena entrar em conflito por causa de situações do género. Que esquecesse porque no dia seguinte seria outra enfermeira."
Apoio Emocional	"Procurando conversar comigo para perceber o que se passou."
Apoio Emocional	"Culpabilizou o enfermeiro pelo desapoio e presto-me algum apoio emocional (...)."
Apoio Emocional	"Ele olhava para mim e acenava com a cabeça para me dizer "continua, estás bem não te preocupes" (...)."
Apoio Emocional	"Explicou-me que tenho que aprender a lidar com situações deste tipo, no entanto, referiu ser normal que me sentisse como descrevi (...)."
Apoio Emocional	"Incentivou-me a manter a calma. Motivação para continuar, porque todos nós temos experiências de vida e de morte e são fenómenos naturais."
Apoio Emocional	"Mostrou acreditar em mim."
Apoio Informativo	"Explicou-me que há sempre algo que pode ser feito para minimizar o sofrimento de uma criança (...)."
Apoio Informativo	"Conversou um pouco explicando-me que não seria sempre assim (...)."
Apoio Informativo	"Clarificou-me que apesar de aprendermos a realizar os procedimentos sempre protegidos, em pediatria, quando não é extremamente necessário não se usa luvas de protecção (...)."
Apoio Informativo	"A enfermeira colocou-me completamente à vontade (...).(...) aconselhou-me a procurar ajuda médica (...)."
Apoio Instrumental	"Falando e discutindo o assunto de forma aberta e clara com todos os alunos."
Apoio Instrumental	"(...) a orientadora fez uma pequena reunião com a equipa e tentava acompanhar-nos no máximo de procedimentos."
Apoio Instrumental	"Tentou abertamente falar com a enfermeira sobre a situação e expor-lhe a minha dificuldade (...)."
Apoio Instrumental	"(...) falou com a enfermeira interveniente de forma que estas situações não se repetissem com outros estagiários."
Apoio Instrumental	"Ele compreendeu a minha situação, autorizando-me que a entrega do meu trabalho fosse par mais tarde."

Apoio Instrumental	"Disse-me para descansar que iria falar com os enfermeiros que nos tratavam assim (...)."
Apoio Instrumental	"(...) alargando os prazos de entrega dos trabalhos."
Apoio Instrumental	"Quando por vezes me faltavam palavras, ou ele notava que eu não me conseguia exprimir, ele estava presente para me ajudar e se necessário me completar verbalmente."
Apoio Instrumental	"Conversou comigo (...) e posteriormente penso que foi falar com a enfermeira."
Apoio Instrumental	"Então no momento de realização do procedimento a professora entrou no quarto da doente e pediu-lhe que me deixasse realizar o procedimento."
Apoio Instrumental	"Apesar de a causa do problema ter sido a presença dela, o diálogo sobre a situação ajudou a que nos estágios posteriores os meus níveis de ansiedade baixassem."
Apoio Instrumental	"O supervisor chamou a atenção dos restantes profissionais para a situação."
Apoio Instrumental	"Disse-me para não me preocupar porque aquela situação desagradável não tornaria a acontecer pois iria falar com a pessoa em causa."
Apoio Instrumental	"Ajudou-nos a contactar o INEM e facilitou o acesso do mesmo à instituição."
Apoio Instrumental	"Orientando-me para que avaliasse a glicemia capilar mais tarde (...)
Apoio Emocional	"(...) e dizendo-me que a situação poderia ter acontecido a qualquer um."
Apoio Instrumental	"Explicou-me a situação clínica da utente em questão."
Apoio Emocional	"Questionou-me quais os meus sentimentos e mostrou-se sempre disponível para conversar sobre o assunto."
Apoio Perceptivo	"Desvalorizou a situação, mostrando a sua disponibilidade total para conseguir ultrapassar o obstáculo. Penso que a situação poderia ter-me bloqueado em termos de processo de aprendizagem, mas pelo contrário, ajudou-me e motivou-me a fazer melhor e uma aprendizagem mais activa."
Apoio Perceptivo	"Juntou-se a mim. Levo-me para uma sala quando eu comecei a chorar. Fez-me perceber através de um diálogo que devido à nossa pouca experiência muitas pessoas vão tentar aproveitar-se das situações."
Apoio Perceptivo	"Fez-me ver que a morte é uma etapa da vida que umas vezes vem mais cedo (...)."
Apoio Perceptivo	"Tentou chamar-me para a nossa realidade enquanto humanos."
Apoio Perceptivo	"Pela maneira como nos fez ver o estágio. (...) a professora fez-nos ver a realidade e fez-me "chegar" mais aos idosos."
Apoio Perceptivo	"Permitiu-me realizar uma nova reflexão."
Apoio Perceptivo	"Ajudou-me a desdramatizar aquela situação e elucidou-me que tal acontecimento não poderia ser um obstáculo à minha aprendizagem."
Apoio Perceptivo	"(...) conversou comigo, eu não queria faltar ao estágio no entanto ela explicou-me que seria melhor faltar um dia do que posteriormente ter necessidade de faltar vários(...). Considerei este apoio importante, pois foi um "empurrão" para eu voltar a uma consulta."
Apoio Perceptivo	"Ajudou-me de forma a eu perceber que aquela situação é normal e se vai repetir durante toda a minha vida profissional e que tinha que arranjar estratégias para me defender."
Apoio Perceptivo	"Conversou comigo e fez-me perceber que não tive culpa do que aconteceu."

Apoio Perceptivo Apoio Afectivo	"Fez com que começasse a pedir para realizar procedimentos (...)." "(...) e que não tivesse receio de o fazer e de errar na sua realização."
Apoio Perceptivo Apoio Emocional	"O facto de o meu orientador me ouvir por si só foi muito importante, pois permitiu-me voltar a vivenciar a situação de forma diferente." "(...) o que me fez sentir apoiada e compreendida."
Apoio Perceptivo Apoio Emocional	"Explicou-me qual o motivo da atitude da enfermeira (...)." "Senti-me compreendido e compreendi o motivo pelo qual tinha acontecido."
Apoio Perceptivo Apoio Informativo	"Explicou que verificou as quezílias internas do grupo e aconselhou-nos a mudar de postura (...)."

N.º DE ORDEM
28
50
85
9
23
26
39
59
82
87
118
119
131
157
18
71
108
112
55
61
63
88
95

96
97
104
109
116
126
129
141
145
27
139
2
38
44
45
57
89
98
111
133
152

120
24
80
115